

de sortir d'une longue syncope pendant laquelle l'hémorrhagie s'est arrêtée. Il est, du reste, bien conformé et paraît âgé d'environ sept mois.

Le cordon ombilical, rompu obliquement, offre un lambeau de 4 à 8 millimètres du côté droit; à gauche, il n'y a plus trace de cordon, et l'on aperçoit au fond de l'ombilic l'artère ombilicale du côté gauche, dont l'orifice reste béant. Cette artère, située assez profondément, est très-difficile à saisir. Au moment de l'accident, on avait comprimé l'ombilic avec le doigt d'abord, puis à l'aide d'un tampon; mais cette compression avait été insuffisante. On passa deux épingles en croix, l'une dans la partie du cordon qui était restée adhérente à l'ombilic, l'autre dans la peau de l'ombilic lui-même, et l'on fit une ligature circulaire. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, mais l'enfant mourut à dix heures du matin, c'est-à-dire moins de quatre heures après sa naissance. La quantité de sang qu'il avait perdu était assez considérable et n'a pu être évaluée même approximativement.

A l'autopsie, pas de trace de lésions dans les organes, décoloration générale dans tous les tissus; la mort s'explique suffisamment par l'hémorrhagie.

### CHAPITRE III

#### PHLEGMON DE L'OMBILIC ET PHLÉBITE OMBILICALE

La chute du cordon ombilical est souvent accompagnée ou suivie d'accidents inflammatoires plus ou moins graves, ayant une parenté assez grande avec l'érysipèle, l'artérite et la phlébite ombilicales. C'est un phlegmon circonscrit de l'ombilic avec phlegmasie concomitante du péritoine et des vaisseaux du cordon.

C'est une maladie très-commune, déjà signalée par Hippocrate (1), Ambroise Paré (2), Mauriceau, Hamilton (d'Édimbourg), Underwood, Gardien, Baron, H. F. Nægele (3) et la plupart des accoucheurs qui ont écrit sur les maladies du nouveau-né.

Delwart (de Bruxelles) l'a observée sur les espèces animales, notamment chez les veaux (4). Elle a été l'objet d'un excellent travail de la part de Meynet, sous ce titre : *Épidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic chez les nouveau-nés* (5); malheureusement, et ce reproche sera le seul que nous adresserons à l'auteur, le titre est mauvais; car aucun des enfants n'a offert d'érysipèle proprement dit, et tous ont un phlegmon circonscrit des parois abdominales autour de l'ombilic. Enfin, elle a été décrite par Howitz, médecin de la Maternité de Copenhague, qui en a observé onze exemples dans le court espace de dix-huit mois (6).

**Causes.** — Le phlegmon de l'ombilic se montre à l'état *sporadique* et à l'état *épidémique*. C'est avec ce dernier caractère qu'il a été observé par le docteur Meynet, à la crèche de la Charité de Lyon, en 1856. L'épidémie a eu deux époques.

*Première époque* : du mois d'avril à la fin de juin 1856.

*Deuxième époque* : du mois de décembre 1856 à février 1857.

« Sur 230 enfants reçus à la Maternité, du mois d'avril 1856 à la fin de juin, il faut retrancher 17 mort-nés, ce qui laisse un chiffre de 213 enfants; sur ce

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. E. Littré. *Aphorismes*, 3<sup>e</sup> section, 24. Paris, 1844, t. IV, p. 497.

(2) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 795.

(3) Nægele, *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas. Paris, 1869, p. 563.

(4) Delwart, *Annales de la Société encyclopédique de Bruxelles*, 1839.

(5) Meynet, thèse inaugurale. Paris, 1857.

(6) Howitz, *Journal für Kinderkrankheiten*, 1863, livraisons 5 et 6.

nombre, 53 ont été atteints : 14 dans le mois d'avril, 25 dans le mois de mai, 14 dans le mois de juin; 36 enfants sont morts, 17 ont guéri.

» Dans la seconde époque de l'épidémie, c'est-à-dire du mois de décembre à la fin de janvier, il est né à la Maternité 175 enfants dont 12 mort-nés; restent 163 enfants : sur ce nombre, 36 ont été atteints, on compte 8 morts. Nous verrons à quelle cause il faut attribuer cette différence de mortalité aux deux époques. »

Les causes de cette épidémie sont restées très-obscurées. Bien qu'on ait pu rapporter son développement à l'influence générale qui provoque les épidémies d'érysipèle phlegmoneux traumatique chez l'adulte, Meynet ne croit pas qu'il en ait été ainsi, et cela par les raisons suivantes :

« A l'époque où nous étions chargés du service des nouveau-nés, en même temps que régnait l'épidémie de phlegmon ombilical, les vaccinations n'avaient pas été interrompues; et cependant, sous l'influence *épidémique*, l'érysipèle ne se montrait pas davantage, ni avec plus d'intensité autour des pustules vaccinales, ce qui n'aurait pas manqué de se produire si la maladie eût été liée exclusivement au traumatisme.

» D'un autre côté, s'il est vrai, comme l'ont démontré Billiard et Denis, que la chute du cordon puisse avoir lieu souvent sans inflammation, sans ulcération, mais par un phénomène spécial de séparation spontanée, nous serons bien forcés d'admettre que toutes les fois que le phlegmon s'est montré à l'ombilic des nouveau-nés dans ces circonstances, c'est à une autre cause qu'au traumatisme que nous devons-nous adresser pour l'expliquer. »

Tout en tenant compte de la ligature du cordon, du défaut de soins de propreté, des pansements faits avec des pommades irritantes et du mauvais régime des enfants, c'est surtout à l'influence puerpérale, à l'encombrement, et à l'allaitement artificiel qu'il faut attribuer le développement de la maladie.

L'influence puerpérale a, comme on sait, et surtout depuis que je l'ai établie en 1845, une grande influence sur le développement des maladies du nouveau-né et notamment de la péritonite. Il n'est pas surprenant qu'elle ait une action sur le phlegmon ombilical, et le fait signalé par Meynet vient à l'appui du fait d'étiologie que j'ai fait connaître. Cet auteur nous apprend, en effet, qu'il y a eu coïncidence entre la suppuration épidémique de l'ombilic et la fièvre puerpérale. C'est une forme de la *fièvre puerpérale du nouveau-né*.

**Symptômes.** — La maladie a débuté quelques heures après sa naissance, ce qui est rare; le plus souvent du troisième au quatrième jour, quelquefois enfin vers le huitième jour.

L'enfant refuse de prendre le sein ou le biberon, il pousse des cris continuels, le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse excessives; la langue est sèche, rouge à la pointe, recouverte d'un enduit muqueux, ou d'*oidium albicans* formant le muguet. Le ventre se ballonne, l'embonpoint fait place à une maigreur extrême, il y a de la diarrhée, mais plus souvent de la *constipation*.

Viennent ensuite les symptômes locaux qui affectent deux formes assez distinctes, d'après Meynet.

« *Première forme.* — Une inflammation légère de l'ombilic accompagnait la chute du cordon ombilical. Cette inflammation, s'accompagnant d'ulcération à la base du cordon et d'une suppuration plus ou moins abondante, retardait la chute de cet appendice, et surtout la cicatrisation de l'ombilic. Mais bientôt l'état s'aggrava : à cette inflammation légère, succédèrent des symptômes de phlegmasie intense; on vit survenir à la région ombilicale une rougeur de plus en plus foncée, disparaissant sous le doigt, et formant un cercle autour de l'ombilic; en même

temps une tuméfaction énorme et circonscrite. Le bourrelet cutané qui entoure la base du cordon s'ulcérait consécutivement, ses bords se renversaient en dehors; l'ulcération gagnait en profondeur et en étendue; sa surface se recouvrait d'une fausse membrane d'un blanc grisâtre, pultacée; le plus souvent elle sécrétait une sanie purulente, épaisse et fétide.

» A mesure que l'ulcère étendait ses ravages, le cercle rouge s'agrandissait, prenait une teinte de lie de vin; la tuméfaction de plus en plus volumineuse était dure, rénitente; dans un grand nombre de cas, l'aréole rouge était bordée d'un cercle de petites pustules, plus ou moins confluentes, d'un blanc sale, de forme arrondie, non ombiliquées, et contenant une sérosité trouble et purulente; au-dessous le derme présentait une petite ulcération ronde et déprimée à son centre. Quelquefois le cercle rouge érysipélateux était surmonté d'une énorme phlyctène remplie d'une sérosité sanguinolente; les phlyctènes, en se rompant, laissaient à nu le derme, qui ne tardait pas à être envahi par l'ulcération.

» *Deuxième forme.* — Dans cette deuxième forme, la maladie avait une marche toute différente, soit que le cordon fût encore frais et mou, soit qu'il fût desséché ou même tout à fait tombé; c'était par l'ulcération qu'elle débutait. Cette ulcération, bornée d'abord à la base du cordon, envahissait, du centre à la circonférence, la peau du bourrelet ombilical; elle occupait tout le fond de la cavité infundibuliforme comprise entre le double anneau cutané signalé par Denis; puis elle se propageait irrégulièrement en différents sens: tantôt, détruisant les adhérences de la peau avec les enveloppes du cordon, elle se prolongeait le long des vaisseaux ombilicaux à une assez grande hauteur, transformant toute leur surface extérieure en un vaste foyer de suppuration, recouvert comme par un étui par la membrane d'enveloppe desséchée; tantôt, au contraire, franchissant l'anneau cutané extérieur, elle envahissait la paroi abdominale dans une grande étendue. Sa forme était toujours anfractueuse et irrégulière, ses bords quelquefois largement décollés; le plus souvent aussi, sa surface était blafarde, d'un gris violacé, exhalant une odeur de gangrène, ou bien recouverte d'une fausse membrane épaisse et molle, très-adhérente, analogue à la pourriture d'hôpital; dans ces cas, le cercle rouge était moins circonscrit, sa couleur était livide, la tuméfaction moins prononcée, l'éruption pustuleuse manquait souvent.

**Marche, Durée, Terminaisons.** — « La durée du phlegmon ombilical épidémique a varié entre trente-six heures et trois jours. Quand il se prolongeait au delà de quatre jours, il avait presque toujours une terminaison favorable.

» La maladie s'est terminée par la mort dans plus de la moitié des cas. Lorsque la guérison devait avoir lieu, elle était lente à se produire; l'ulcération se bornait, elle se dépouillait de sa fausse membrane par un travail d'élimination lente et graduelle; les bourgeons charnus qui la remplaçaient apparaissaient par places, sécrétaient un pus verdâtre, épais, de bonne nature; la cicatrice s'opérait de la circonférence au centre, la rougeur et la tuméfaction se dissipaient peu à peu; en même temps les symptômes généraux s'amendaient.

**Pronostic.** — « Le pronostic du phlegmon ombilical est très-grave, et il est plus fâcheux dans la forme ulcéreuse au début que dans l'autre forme. »

**Anatomie pathologique.** — Dix-huit autopsies ont été pratiquées par Meynet. — « Chez tous les cadavres, la putréfaction était rapide; vingt-quatre heures après la mort, les parois abdominales offraient une teinte verdâtre; l'épiderme était soulevé, comme macéré, la rougeur foncée de l'érysipèle était transformée en une coloration noirâtre; le ventre était affaissé. Au-dessous de la peau, le tissu cellulaire péri-ombilical était épaissi, induré, plus dense, plus friable. Cette induration était

due à l'infiltration, dans les mailles de ce tissu, tantôt d'une matière amorphe plastique, tantôt d'une sérosité épaisse et trouble, quelquefois mêlée de pus. Nous n'avons jamais trouvé de pus rassemblé en foyer, ce qui s'accorde avec le résultat des autopsies pratiquées par Trousseau et Bouchut. L'épaississement et l'induration étaient d'autant plus considérables qu'on se rapprochait davantage de l'anneau ombilical. A ce niveau, le péritoine présentait quelquefois une rougeur assez circonscrite, due à une arborisation vasculaire. Deux fois seulement nous avons trouvé une péritonite générale et bien caractérisée, il y avait en même temps phlébite de la veine ombilicale. Dix fois il y a eu péritonite partielle limitée à la région ombilicale. Trois fois, dans ces cas, nous avons trouvé l'inflammation des parois artérielles avec production de pus dans l'intérieur des artères ombilicales.

D'après Howitz, quand il y a phlébite, on trouve, outre la péritonite, « des collections purulentes dans les cavités articulaires ou dans les tissus ambiants des phlegmons superficiels ou profonds aux extrémités. » Ce médecin a vu un enfant dont les articulations temporo-maxillaires étaient remplies de pus, et sur les onze malades qu'il a observés, quatre fois on a constaté des accidents puerpéraux chez la mère. Une de ces femmes même a succombé à la fièvre puerpérale.

**Traitement.** — Au début du phlegmon, les bains, les cataplasmes, les onctions simples d'axonge ou avec l'onguent mercuriel, les fomentations émollientes ou astringentes avec le tannin, peuvent être employés; mais ces moyens sont peu efficaces. Il en est de même de la solution de perchlorure de fer étendue d'eau, des pommades au nitrate d'argent, des vésicatoires sur l'ombilic, et de la solution de perchlorure de fer à l'intérieur, employés par Valette (de Lyon) (1). Aussi, après avoir mis tous ces moyens en usage, y compris la cautérisation avec le fer rouge, ce chirurgien a imaginé les cautérisations avec la pâte de chlorure de zinc, qui lui ont parfaitement réussi. Voici, d'après Meynet, la manière de les pratiquer: « Une seule application a suffi dans le plus grand nombre des cas; rarement on a été obligé d'y revenir une seconde fois. La pâte caustique, étendue sur l'ulcère, concentrait pour ainsi dire l'inflammation, et avait pour premier résultat de la fixer au point cautérisé; en second lieu, elle modifiait la nature de cette inflammation, lui enlevait ses caractères spécifiques, si toutefois nous pouvons nous servir de cette expression, et la réduisait à une inflammation simple et franche. Après la chute de l'eschare, on pansait deux fois par jour la plaie avec du coton imbibé de perchlorure de fer, étendu de la moitié de son poids d'eau. En même temps, on employait des fomentations sur le ventre avec l'huile de jusquiame tiède; on combattait la constipation au moyen de quelques cuillerées de sirop de chicorée composé ou de légers lavements laxatifs; s'il y avait de la diarrhée, on administrait des quarts de lavement amidonnés et laudanisés.

**Prophylaxie.** — Le résultat du traitement curatif par les applications de chlorure de zinc a conduit Valette à l'employer comme moyen prophylactique, et il lui a semblé que c'était là un procédé avantageux à mettre en pratique. Cette opinion repose sur un certain nombre de faits importants.

D'abord Valette voulut qu'au moment de la naissance le cordon ombilical fût lié avec une compresse imbibée d'une solution de chlorure de zinc, 1 gramme sur 100 grammes d'eau. La maladie n'en fut nullement influencée. Alors Valette changea de manuel opératoire, et ayant choisi 42 enfants, sur 21 on fit la ligature avec un fil simple, sur les 21 autres on fit la ligature avec un fil enduit de pâte

(1) Valette, *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*. Paris, 1875.

de chlorure de zinc. On avait la précaution de faire des mouchetures au cordon, afin que le canquoïn pût agir sur les vaisseaux eux-mêmes.

Sur ces 21 enfants, un seul fut atteint de la maladie. Sur les 21 autres, 14 furent atteints plus ou moins gravement, un seul succomba malgré la cautérisation avec la pâte de Canquoïn. Si de nouvelles observations viennent confirmer ces premiers résultats encore trop peu nombreux pour qu'on en puisse tirer une conclusion positive, ce sera un procédé à introduire dans la pratique.

## CHAPITRE IV

### ARTÉRITE OMBILICALE

L'artérite ombilicale est un accident qu'on observe quelquefois après la chute du cordon ombilical. Les faits en sont rares : Notta (1), qui a donné la meilleure description de cet état organique, déjà étudié par Oehm et Hodgson, en a rapporté cinq exemples recueillis sur le cadavre; j'en ai vu un pour mon compte, dont l'existence a été reconnue pendant la vie de l'enfant; un septième m'a été communiqué par le docteur Varize (d'Eure-et-Loir); le docteur Howitz, médecin de la Maternité de Copenhague, en a publié treize cas (2); Meynet en a signalé trois autres, et c'est d'après ce petit nombre de faits que je vais exposer l'histoire de cette maladie.

L'artérite ombilicale est le résultat du travail inflammatoire plus ou moins prononcé qui accompagne, favorise et détermine la chute du cordon. Seulement, ce travail inflammatoire d'élimination, ordinairement borné aux couches superficielles de la peau et à l'extrémité des vaisseaux artériels et veineux de l'ombilic, s'étend quelquefois plus loin, lorsque des tractions intempestives, volontaires ou accidentelles, et lorsque la malpropreté viennent à lui donner une plus grande activité.

Dans l'état physiologique, le cordon se dessèche graduellement, et à l'endroit de son insertion sur l'ombilic, on observe un peu de gonflement, un petit cercle rougeâtre d'élimination, une hypertrophie des tissus subjacents et des parois artérielles ou veineuses des vaisseaux de l'ombilic. Ce travail est presque toujours accompagné d'un suintement à peine purulent, et, dans quelques cas, d'une véritable suppuration. Les artères ombilicales, d'après Notta, sont toujours affectées; leurs parois sont gonflées de manière à obstruer le calibre du vaisseau dans l'étendue de quelques millimètres, et ce n'est que dans l'état pathologique que l'altération s'étend à 2 et 3 centimètres de longueur.

Les lésions matérielles qui caractérisent l'artérite ombilicale sont : le gonflement des deux artères, au voisinage de l'ombilic, dans une étendue de plusieurs centimètres, atteignant quelquefois l'artère hypogastrique, d'après Hodgson; la rougeur arborisée de leur tunique extérieure; la teinte blanche ou rosée et l'infiltration des parois dans la partie gonflée par de la lymphe plastique et du pus; l'état lisse, rugueux ou piqueté de la tunique interne; la destruction possible de cette membrane et de la membrane moyenne détruites par une suppuration abondante maintenue en foyer au moyen de la tunique celluleuse; enfin, l'obstruction des artères

(1) Notta, *Mémoires sur l'oblitération des artères ombilicales et sur l'artérite ombilicale* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1855, t. XIX, p. 1 et suiv.). On y trouvera six observations intéressantes à lire et qui se trouvent dans la 5<sup>e</sup> édition de cet ouvrage, p. 60 et suiv.

(2) Howitz, *Journal für Kinderkrankheiten*, 1863, livraisons 5 et 6.

ombilicales sur les limites de la phlegmasie et bien avant la réunion aux artères hypogastriques, par le gonflement des tuniques ou par un petit caillot adhérent, exactement comme on voit dans la phlébite un caillot séparer les parties malades des parties saines. Dans un cas observé par Notta, le pus, réuni au confluent des deux artères ombilicales, avait détruit les parois contiguës et accolées de ces artères, avait formé un foyer à parois minces, ouvert à l'ombilic par un pertuis très-étroit, et n'était plus séparé de la cavité péritonéale que par cette membrane elle-même. Trois fois Meynet a rencontré du pus dans les artères ombilicales, sur un trajet de 1 à 2 centimètres, et le reste du vaisseau était rempli d'un coagulum fibrineux, épais, plus ou moins résistant.

Le péritoine, ordinairement injecté au niveau des artères ombilicales malades, ne l'est pas sur les autres points de sa surface; il renferme de la sérosité, mais point de fausses membranes, et jusqu'ici ne paraît pas accompagner l'artérite ombilicale, comme il l'accompagne, au contraire, la phlébite de ce nom.

Cette artérite, chose singulière, existe assez souvent indépendante de la phlébite, mais ces deux lésions existent quelquefois simultanément.

L'artérite ombilicale est quelquefois compliquée d'érysipèle, comme on le verra dans l'observation ci-jointe. Elle ne produit pas l'infection purulente comme la phlébite, ou du moins, dans les autopsies qui ont été faites, on n'a jamais trouvé dans les viscères ou dans les muscles ces abcès métastatiques qui sont la preuve de l'altération du sang par le pus.

Ce qu'il y a de curieux à remarquer dans ces lésions matérielles de l'artérite ombilicale, c'est cette suppuration franche qui n'existe pas dans les autres artérites de l'enfant et de l'adulte; et Notta, qui a signalé le fait, l'attribue à une vascularité particulière et probable de la tunique moyenne de ces artères, vascularité qui serait spéciale au jeune âge, et dont il n'a cependant pas pu établir la présence à l'aide du microscope. Il eût mieux valu, selon moi, indiquer simplement le phénomène, et le rapporter à la vitalité particulière de ces artères au moment de la naissance, ou à la spécificité de leur réaction morbide, que de chercher une explication anatomique basée sur un fait microscopique absolument faux. Tant pis pour les théories qui ne veulent de suppuration que là où il y a des capillaires, elles sont insuffisantes et ont besoin d'être réformées; mais elles ne méritent pas d'être perpétuées, s'il faut de pareils arguments pour les soutenir.

L'artérite ombilicale est fort difficile à distinguer pendant la vie, et il y a de cas où elle doit échapper à l'attention des médecins, quelle que soit leur habitude des malades. Elle se développe pendant ou après le travail de séparation du cordon ombilical. A cet instant de la vie, la rougeur de l'ombilic, la suppuration de la cicatrice, sont les symptômes constants, mais non pas caractéristiques de cette maladie; car la suppuration de l'ombilic existe très-souvent sans artérite ombilicale. Toutefois, une suppuration prolongée, avec cette circonstance que la pression sous-ombilicale la fait apparaître plus abondante, jointe à un état général grave, semble indiquer l'existence de la maladie. C'est du moins par ces phénomènes que j'en ai fait le diagnostic dans le seul exemple que j'ai observé, et les recherches ultérieures me fourniront sans doute l'occasion de vérifier ce que j'avance.

L'artérite ombilicale est quelquefois compliquée de phlébite ombilicale lorsqu'il y a phlegmasie de toute la masse du cordon; ailleurs, ainsi qu'on va le voir par une de mes observations, elle provoque et la péritonite et l'érysipèle, mais jusqu'ici elle seule ne paraît pas avoir déterminé l'infection purulente.

OBSERVATION I. — *Artérite ombilicale, érysipèle ambulante. Mort.* — Un garçon de neuf jours, petit, maigre, chétif, malade depuis trois jours, entre dans mon service,

à l'hôpital Saint-Antoine, après la chute du cordon ombilical, avec une plaie au niveau de la cicatrice, et les bords de la plaie rouges, légèrement tuméfiés. — La suppuration de la cicatrice ombilicale était augmentée par la pression au-dessus de l'ombilic comme s'il y avait un petit foyer intra-abdominal. Depuis trois jours une rougeur douloureuse de la peau couvre le corps et successivement le dos et les membres inférieurs; au moment de l'entrée, cette rougeur, encore très-apparente et caractéristique de l'érysipèle, disparaissait par la pression du doigt et revenait aussitôt sur la même partie.

L'enfant était fort abattu, le pouls très-fréquent et à peine saisissable au doigt; sa langue sèche, et il vomissait toutes les boissons; il mourut au bout de vingt-quatre heures.

La nécropsie montra les deux artères ombilicales dilatées dans une étendue de 2 centimètres et demi, remplies de pus, et fermées du côté de l'hypogastrique par un petit caillot très-grêle adhérent de toutes parts. Les parois sont très-amincies dans la partie malade; on n'y reconnaît plus la tunique interne et moyenne. La tunique cellulaire seule est conservée et remplie de vaisseaux capillaires injectés.

La veine ombilicale est saine: le péritoine ne renferme pas de pus, et les viscères paraissent dans leur état normal.

Dans cette observation d'érysipèle, ayant la chute du cordon et l'artérite ombilicale pour point de départ, le fait important, c'est la suppuration de la cicatrice ombilicale augmentée par la pression hypogastrique. Cette circonstance fit supposer, avec toute réserve, une artérite ombilicale, hypothèse qui fut vérifiée par l'autopsie du malade. Ce signe se retrouvera-t-il dans d'autres cas analogues? On ne saurait l'affirmer, et à cet égard il faut attendre de nouvelles observations.

## CHAPITRE V

### EXFOLIATION DE L'ÉPIDERME

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, il se fait constamment à la peau des nouveau-nés un travail de desquamation épidermique, qui a reçu le nom d'*exfoliation de l'épiderme*, et qui a été très-bien étudié par Chaussier, Capuron, Orfila et Billard.

Les avortons ne présentent pas ce phénomène aux premiers temps de la naissance; chez eux, l'exfoliation de l'épiderme ne se montre que lorsqu'ils ont acquis un certain âge.

Ce travail, qui commence quelquefois au premier ou au second jour de la vie, est généralement en pleine activité du troisième au cinquième jour. L'épiderme se dessèche, se fendille et perd de son adhérence, puis il tombe par lamelles plus ou moins considérables. Dans quelques circonstances, l'exfoliation est à peine sensible. Elle dure de dix à douze jours, et se prolonge jusqu'à trente, quarante jours, et même deux mois. Elle est plus lente et plus marquée chez les enfants qu'une affection chronique prématurée a jetés rapidement dans le marasme.

A mesure que les lames épidermiques tombent, un nouvel épiderme se forme d'une manière insensible. La peau est rouge, fort irritable, et elle s'enflamme avec la plus grande facilité. Billard a vu un enfant chez lequel l'épiderme du scrotum était complètement enlevé, et chez lequel aussi l'urine, irritant le derme, provoqua l'apparition d'un érysipèle très-intense. L'épiderme se reproduit promptement dans les endroits exposés au contact de l'air, mais il est plus lent à paraître dans les parties cachées, aux aisselles, au cou, dans l'aîne et dans les plis de la peau. On supplée à sa présence protectrice par du lycopode et d'autres poudres absorbantes

qui tarissent l'humidité de ces parties et défendent la peau contre les irritants extérieurs.

## LIVRE II

### MALADIES DE LA TÊTE ET DU SYSTÈME NERVEUX

## CHAPITRE PREMIER

### D'UNE NOUVELLE MÉTHODE D'EXPLORATION DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, AU MOYEN DE L'OPHTHALMOSCOPE OU CÉRÉBROSCOPIE

C'est par l'emploi des moyens physiques d'exploration que la médecine française du XIX<sup>e</sup> siècle a donné au diagnostic médical une précision inconnue avant cette époque. La chimie, la physique et l'optique ont été mises à contribution de la façon la plus heureuse pour donner aux sens une finesse de pénétration qu'ils ne peuvent avoir si rien ne leur vient en aide. Tout médecin un peu exercé dans l'étude de son art et des moyens d'exploration mis à son usage par la science moderne peut désormais reconnaître dans le cœur, dans les poumons, dans le larynx, au col de l'utérus, etc., des lésions qu'on ne reconnaissait pas autrefois avant que les symptômes n'en fussent très-caractérisés. Avec la *percussion*, l'*auscultation*, la *palpation*, le *spéculum*, le *laryngoscope*, les différents *cathétérismes*, etc., le diagnostic d'un grand nombre de maladies est devenu plus facile qu'il ne l'était lorsqu'on n'avait point la ressource de tous ces moyens d'exploration. Les maladies du système nerveux, seules, restaient comme par le passé soumises aux incertitudes qui environnent les recherches exclusivement faites d'après l'apparition des troubles fonctionnels variables, et dont la cause reste souvent inconnue. C'est alors qu'en utilisant la découverte d'Helmholtz, dont le réflecteur éclaire si nettement les lésions profondes de l'œil qui sont du ressort de l'oculistique, je me suis servi de l'ophtalmoscope pour asseoir les bases d'une séméiologie nouvelle du système nerveux. J'ai ainsi découvert en 1862, au fond de l'organe visuel sur le nerf optique, dans la rétine et dans la choroïde, une foule de lésions qui s'y produisent sous l'influence des maladies du système cérébro-spinal, et il m'a paru que c'était là un nouveau moyen de diagnostic capable de donner quelquefois plus de précision à l'étude des maladies de l'encéphale, de la moelle et des méninges.

Encouragé dans ces recherches, d'une part, par les faits si connus et que j'ai cités d'amauroses cérébrales produites par certaines lésions du cerveau et de la moelle, et de l'autre par les atrophies papillaires qu'au moyen de l'ophtalmoscope de de Graefe, Liebreich, Desmarres, Édouard Meyer et tous ceux qui s'occupent spécialement des maladies des yeux, rapportent à des affections cérébrales chroniques amaurotiques, j'ai pensé qu'en examinant à l'ophtalmoscope les yeux de tous les malades atteints de névrosés et de maladies aiguës ou chroniques du système nerveux, on pourrait arriver à reconnaître la nature de ces maladies, et par cela même à enrichir la science d'un nouveau moyen de diagnostic.

Ai-je réussi? l'avenir le dira; mais ce que je puis affirmer dès aujourd'hui, c'est que :

1<sup>o</sup> Je suis le premier qui ai étudié la méningite aiguë, l'hémorragie cérébrale,