

367. Chez un nouveau-né algide, des cris aigus, isolés, faibles et fréquents, répétés de minute en minute, indiquent le sclérème.

368. Le sclérème se termine presque toujours par une pneumonie.

369. Le sclérème des nouveau-nés est très-ordinairement mortel.

370. Le sclérème partiel guérit quelquefois, le sclérème général ne guérit jamais.

371. Le sclérème est de moins en moins grave à partir du quinzième jour de la naissance.

372. Le sclérème est une maladie des nouveau-nés, mais on le rencontre quelquefois dans la seconde enfance et chez les adultes sous la forme d'endurcissement partiel de la peau.

CHAPITRE XIV

PAPILLOMES

Les papillomes sont des hypertrophies papillaires de la peau formant des excroissances plus ou moins saillantes et assez larges. Ce sont quelquefois des verrues et ailleurs des plaques étendues, dures, croûteuses, un peu semblables à du *rupia*. On les guérit par l'*acide acétique* (1).

Obs. — *Papillome, acide acétique*. — Léontine N..., âgée de six ans, entrée le 10 février 1868 à l'hôpital des Enfants. Cette enfant, habituellement bien portante, porte au genou, en dehors de la rotule, à l'articulation tibio-tarsienne droite et à l'index de la main droite, des cicatrices blanchâtres, profondes comme celles d'une brûlure ayant entamé le derme. Ces cicatrices résultent de la guérison de plaques noirâtres qui existaient chez l'enfant il y a deux ans. Mais depuis lors, à côté de deux de ces cicatrices, il est revenu de nouvelles croûtes noirâtres, écailleuses; des lésions semblables se sont produites au doigt auriculaire droit, à la paume de la main droite, à la face palmaire de l'articulation radio-carpienne, au pouce de la main gauche, à la partie externe et interne de la cuisse gauche, à la plante du pied droit et à la jambe droite, au voisinage des anciennes cicatrices, ce qui fait une douzaine de parties de la peau altérées de la même façon. Dans ces endroits, la peau est hypertrophiée, saillante, avec des aspérités inégales, recouverte de croûtes écailleuses grises ou noirâtres desséchées et entourées d'une légère auréole rouge. Ces croûtes ne suppurent pas, elles sont légèrement douloureuses, et, quand on les arrache, il s'en écoule un sang noir très-coloré. Quelques personnes croyaient à un lupus hypertrophique, mais l'examen microscopique permit de reconnaître une agglomération de papilles coniques couvertes de croûtes épithéliales. L'état général était d'ailleurs excellent, et l'enfant jouissait d'une excellente santé. Des applications d'acide acétique eurent lieu tous les jours sur ces croûtes qui se ramollirent et tombèrent par degrés. Le derme, dépourvu de ces croûtes, resta rouge et aminci; sur d'autres, la disparition se fit plus lentement, et il restait encore des croûtes alors qu'ailleurs la guérison était complète.

Exeat le 2 août.

CHAPITRE XV

ACNÉ VARIOLIFORME

L'acné varioliforme ou *molluscum* est une maladie de la peau du visage caractérisée par des pustules ombiliquées de la peau semblables à des pustules de variole pâles à leur troisième jour. C'est une maladie parasitaire contagieuse, due au *démox*. Il suffit d'ouvrir l'épiderme avec une aiguille et de presser la pustule entre les doigts pour la guérir.

(1) E. Bouchut, *Leçon sur les papillomes* (*Gazette des hôpitaux*, 1871, p. 217).

CHAPITRE XVI

ZONA OU HERPES ZOSTER

Le zona est une affection bulleuse, caractérisée par la présence de petites bulles agglomérées, remplies de sérosité transparentes accompagnées parfois d'une vive douleur et se terminant par dessiccation au bout de quelques jours.

Il occupe habituellement moitié de la poitrine du sternum aux apophyses épineuses, le long d'un espace intercostal et les bulles sont disséminées par groupes antérieur moyen et postérieurs reliés par quelques bulles isolées. On l'observe quelquefois à la région lombo-abdominale sur le trajet des nerfs de ce nom; à la cuisse le long du sciatique, à la face, sur le trajet des branches de la cinquième paire; au bras le long du cubital.

Il semble qu'il y ait un rapport entre la souffrance d'un nerf sous-cutané et l'éruption bulleuse de la peau. Caillaut le premier, en 1849, en a fait la conséquence d'une névralgie particulière. C'est une opinion acceptée aujourd'hui.

Quelquefois le zona débute par une douleur de névralgie suivie de l'apparition des bulles, mais ailleurs il n'y a pas douleur au début et ce n'est qu'après dessiccation que souffrent les malades. Dans certains cas enfin, ils ne souffrent ni avant, ni pendant, ni après.

Cette maladie soulève une question intéressante, celle de la relation d'un certain nombre d'affections cutanées avec les altérations des nerfs subjacents.

On sait, en effet, depuis déjà longtemps que certaines affections de la moelle et certaines myélites peuvent donner naissance à des troubles de la nutrition dans les parties paralysées (Rochoux-Monneret).

Mais en dehors de ces altérations trophiques liées aux lésions spinales ou cérébrales, il en est d'autres en rapport direct avec les affections des nerfs subjacents.

Dès 1851, Rayer avait recherché les lésions nerveuses qui pouvaient exister en pareil cas, et quelques années plus tard, Charcot publia, sous son inspiration, quelques observations intéressantes d'éruptions cutanées dépendant d'une influence du système nerveux (1).

Danielssen avait, de son côté, entrepris de semblables recherches, et chez un individu mort de pneumonie, qui avait présenté deux mois auparavant un zona thoracique du côté gauche, il avait trouvé le sixième nerf intercostal, du côté correspondant, rouge et considérablement tuméfié (2).

Caillault (3) et Bassereau soutinrent également que le zona était lié à une affection des nerfs intercostaux, mais sans pouvoir fournir de preuves anatomo-pathologiques à l'appui de leur opinion.

Dans ces derniers temps, de consciencieuses recherches sont venues confirmer ces vues et démontrer péremptoirement la réalité du fait et l'existence de lésions nerveuses appréciables au microscope. Il nous est donc permis aujourd'hui d'affirmer que le zona est souvent, sinon toujours, la conséquence d'une altération des nerfs qui desservent le département cutané envahi par l'éruption herpétique.

OBSERVATION I. — J'ai vu un enfant qui m'a fourni un exemple bien nettement accusé de zona lombo-abdominal consécutif à une névrite. Il y a quinze jours, en effet, elle a été prise de douleurs vives dans les lombes, irradiant dans le flanc droit,

(1) Charcot, *Journal de physiologie*, t. II, n° 5, janvier 1859.

(2) Danielssen, *Charité Annalen*, Bd. C, 2 Heft, p. 119 et 120, 1861.

(3) Caillault, *Traité des maladies de la peau chez les enfants*. Paris, 1859.

dans l'aîne et jusqu'à la partie externe et moyenne de la cuisse droite. Ces douleurs, survenues spontanément, ne pouvaient être attribuées à aucun traumatisme; l'enfant n'avait pas fait de chute et n'avait pas reçu de coup. La seule cause qui pût être invoquée était un refroidissement auquel elle s'était exposée au sortir du bain.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire douze jours après l'invasion de ce qu'elle appelait elle-même sa névralgie, il se développa sur les parties qui avaient été antérieurement le siège de ses douleurs une éruption confluyente de vésicules remplies de sérosité légèrement jaunâtre. Cette éruption vésiculeuse occupait trois points principaux: elle siégeait à la fesse en suivant la direction du petit nerf sciatique, à la partie supérieure et externe de la cuisse, sur le trajet du nerf fémoro-cutané, enfin à la partie moyenne et inférieure de la région ilio-inguinale droite, le long du nerf génito-crural.

Au moment de son entrée, l'éruption avait atteint son complet développement; les vésicules étaient très-apparences et il était aisé de reconnaître, d'après les caractères anatomiques de cette éruption, aussi bien que d'après son mode de distribution, que nous avons affaire à un herpès zoster ou zona lombo-abdominal.

Quoique les douleurs névralgiques du début eussent complètement disparu, on pouvait encore les réveiller en exerçant, à l'aide du pouce, une pression modérée sur la partie moyenne et latérale droite de la région lombaire au niveau du point d'émergence du nerf lombo-sacré.

Ainsi donc, avant son entrée, la malade avait eu une névralgie aiguë très-accentuée, qui avait été ensuite remplacée par une névralgie pour ainsi dire sourde et latente, ne se réveillant qu'à la pression, comme si le nerf n'eût plus été que légèrement endolori et n'eût manifesté ses souffrances qu'au moment où la compression modérée que le doigt exerçait sur ses fibres venait à les provoquer en les faisant renaître.

Au moment de la dessiccation, toute douleur spontanée ou provoquée a disparu, l'éruption s'est éteinte et il n'en reste plus que les traces sous forme de petites croûtes sèches, noirâtres et isolées, représentant encore, comme le schéma ponctué de la distribution topographique, des filets nerveux primitivement atteints. On a eu ainsi sous les yeux pour ainsi dire la démonstration clinique de l'étroite solidarité qui relie les affections des nerfs avec certaines dermatoses.

Les phénomènes ne présentent pas toujours une évolution aussi nette que la précédente, et chez quelques malades non-seulement il y a de la douleur avant et pendant l'éruption (mal des ardents, feu de Saint-Antoine), mais elle persiste souvent même après que l'herpès a cessé.

Est-ce une douleur de *névralgie* ou bien une douleur de *névrite*? A proprement parler, les névralgies ne doivent être que des douleurs et sans altération matérielle des nerfs; telles sont celles de la chlorose et des névroses ischémiques, etc. A ce point de vue, nous croyons qu'il y a lieu de diviser les névralgies en deux groupes: 1° les névralgies *ischémiques*; 2° les névralgies *congestives*; or ces dernières touchent de près à l'inflammation du nerf ou *névrite*; elles en sont pour ainsi dire le premier terme; c'est surtout après celles-ci que se développe le zona.

L'herpès zoster n'était autrefois décrit que sur le tronc; on sait aujourd'hui qu'il peut se montrer partout ailleurs; c'est ainsi qu'on a constaté le zona ophthalmique, le zona de la face, les zoster sciatique, crural, brachial, cubital, inguinal, etc.

Reste à déterminer si ces phénomènes éruptifs sont en corrélation directe avec les douleurs névralgiques, ou s'ils sont liés à une affection des nerfs correspondants.

Oscar Wyss, professeur à l'université de Zurich, est venu apporter des preuves irréfutables en faveur de cette séduisante théorie.

Appuyé sur ses propres recherches et sur ses résultats anatomo-pathologiques constatés avant lui par six observateurs consciencieux, il montre le zona lié, dans tous les cas, à une altération matérielle des nerfs correspondants (1).

(1) O. Wyss, *Beitrag zur Kenntniss des Herpes Zoster* (Archiv der Heilkunde, 1871).

Voici le résumé des observations sur lesquelles O. Wyss s'est appuyé pour défendre son opinion:

OBSERVATION II. — *Cas de Barenprung* (1). — Il s'agit d'un jeune enfant âgé de douze mois, qui mourut de phthisie pulmonaire, après avoir présenté, quarante jours avant sa mort, un zona intercostal qui avait duré seize jours.

A l'autopsie, Barenprung constata les lésions suivantes du système nerveux: la moelle épinière et les racines nerveuses en étaient parfaitement saines; mais les 6^e et 8^e nerfs intercostaux, et surtout le 7^e, paraissaient injectés et épaissis, ainsi que les ganglions spinaux correspondants. L'examen microscopique révéla l'existence d'un travail inflammatoire très-fortement accusé sur le névrilemme, dans la trame même des ganglions. On pouvait constater également une dégénérescence granuleuse des cellules nerveuses. Les lésions dépassaient les ganglions et s'étendaient sur la racine et jusque sur le tronc nerveux lui-même qui, outre la coloration rouge de son enveloppe, présentait la même altération granuleuse de ses tubes nerveux.

Barenprung, en s'appuyant sur ces données anatomiques, considère la corrélation du zona et de l'altération du nerf correspondant comme un fait hors de contestation.

Cette observation de Barenprung a été reproduite par quelques auteurs qui l'ont dénaturée; nous citerons entre autres Haigth (2), Heumann (3).

Haigth, guidé par les premières recherches de Barenprung, a examiné l'état des nerfs et de leurs ramifications, et il a constaté une hyperplasie cellulaire du chorion et du tissu sous-cutané très-marquée le long des vaisseaux et sur le trajet des nerfs. Les tubes nerveux, ajoute-t-il, paraissent tuméfiés. Leur contenu de myéline est diffusé et leur cylindre d'axe repoussé excentriquement.

OBSERVATION III. — Une femme de soixante-neuf ans fut atteinte, le 6 avril, d'un zona de l'épaule et du bras gauche. Elle mourut le 4 mai d'une pneumonie du sommet gauche quelque temps après que le zoster eut disparu. Wadner trouva chez elle les racines postérieures du premier nerf thoracique un épaississement du névrilemme avec infiltration abondante de noyaux arrondis et fusiformes incrustés çà et là, des corpuscules de carbonate et de phosphate de chaux. Les tubes nerveux primitifs avaient tous conservé leur cylindre d'axe.

L'examen microscopique fit constater les mêmes altérations sur la racine postérieure du nerf correspondant au territoire cutané envahi par le zona.

Weidner (4) a rapporté un nouveau fait à l'appui de la thèse que nous soutenons.

OBSERVATION IV. (Weidner). — Vieillard qui succomba à une pneumonie après avoir présenté cinq ans auparavant un zona ophthalmique à droite.

A l'autopsie, le nerf trijumeau droit fut trouvé manifestement altéré, et le microscope révéla des lésions analogues aux précédentes dans le ganglion de Gaster. Outre l'infiltration granuleuse, Weidner signale un dépôt de pigment brun jaunâtre plus ou moins considérable dans les mailles du ganglion.

Un cinquième fait du même genre a été rapporté par Wagner (5). Cet auteur note l'augmentation considérable de volume du ganglion spinal siégeant sur le nerf qui dessert le département cutané occupé par le zona. Dans le cas auquel nous faisons allusion, le ganglion nerveux avait subi la dégénérescence granulo-graisseuse,

(1) Barenprung, *Beiträge zur Kenntniss des Zosters* (3^e Folge, *Charité Annalen*, Bd. II, 2 Heft, p. 100, 1863).

(2) Haigth, *Wiener Sitzungsberichte*, Bd. LVII, p. 633 et 2^e Abth.

(3) Heumann, *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, 1869, p. 130.

(4) Weidner, *Berliner klin. Wochenschrift*, Jahrgang 1870, n^o 7.

(5) Wagner, *Archiv der Heilkunde*, Bd. II, 4 Heft, p. 321.

et il existait en outre une carie des vertèbres avec pachyméningite simple et tuberculeuse rachidienne, enfin une tuberculose pulmonaire avancée.

Enfin, Wyss a tracé la description complète des lésions nerveuses du zona. Voici le résumé des résultats nécroscopiques qui sont consignés dans le mémoire de ce consciencieux observateur : zona ophthalmique; inflammation du ganglion de Gasser, névrite de la première branche du trijumeau droit avec infiltration cellulaire du périnèvre, hyperplasie du névrilemme, coagulation anormale de la myéline et dégénérescence granulo-graisseuse partielle des tubes nerveux. Hyperhémie plus ou moins intense, hémorragies des faisceaux nerveux, extravasations sanguines au voisinage du ganglion. Telles sont les lésions anatomiques décrites par O. Wyss dans ce cas. L'altération du nerf ophthalmique de Willis était à son maximum, à son point d'émergence au niveau du ganglion de Gasser, puis elle allait en décroissant au fur et à mesure que l'on se rapprochait de ses divisions terminales et périphériques. Puis il termine en disant : Le zoster est, comme il résulte du fait précédent, une affection cutanée qui a son point de départ dans l'inflammation du ganglion de Gasser ou d'un ganglion spinal et des nerfs qui en émanent. Le ganglion, aussi bien que le nerf peuvent être partiellement altérés (c'est-à-dire qu'une partie du ganglion avec la partie correspondante du nerf afférent est prise tandis que le reste du ganglion et les autres branches émergentes restent saines). Dans ce cas, tout le territoire innervé n'est pas atteint par l'éruption, mais seulement le département desservi par la branche ou le rameau nerveux malade.

Ainsi la clinique nous fournit déjà de fortes présomptions en faveur de cette théorie, mais nous pouvons désormais l'édifier sur des bases anatomiques solides et indéniables.

Si cette question est restée jusqu'à ce jour si obscure et si controversée, les dissidences tenaient surtout au petit nombre de cas observés. Grâce aux recherches anatomiques récentes, la lumière s'est faite dans ce chaos, et les cas que je viens de passer en revue n'ont pas peu contribué à en éclairer les obscurités.

Il nous est donc permis de dire aujourd'hui que le zona est lié à une névralgie congestive, ou mieux à une névrite subjacente.

Certains auteurs, trop pressés de généraliser, ont admis des nerfs trophiques, et ont désigné sous le nom de *tropho-névroses* les troubles de nutrition liés aux altérations de ces prétendus filets nerveux (1).

Or, quand on jette un regard sur les altérations cutanées qui se montrent dans le cours des affections de la moelle, on voit qu'il est nécessaire que la substance grise de la moelle soit atteinte pour que le trouble nutritif se produise.

Le zona se rattache de même à une lésion de la substance ganglionnaire, qui peut être consécutive à l'inflammation préalable du nerf ou la précéder. Dans le premier cas, la névrite est ascendante, et après avoir débuté sur les rameaux périphériques du nerf atteint, elle gagne les centres veineux en laissant sur le ganglion de la racine postérieure des traces évidentes de son passage, et cette altération réagit secondairement à son tour sur la nutrition des tissus innervés, d'où résultent ces troubles fonctionnels et ces éruptions cutanées dont je viens de vous rapporter le plus frappant exemple.

Ce processus dont je résume ici les traits principaux présente de nombreuses modalités, suivant les variétés de nerf atteint et peut-être aussi suivant la nature du travail morbide dont il est le siège.

Vous connaissez tous l'histoire des ophthalmies dites réflexes et des amauroses

(1) Samuel, *Die trophischen Nerven*. Leipzig, 1860, p. 308.

qui succèdent aux plaies du sourcil. C'est encore ici dans une névrite ascendante que nous retrouverons le chaînon, l'intermédiaire entre la lésion traumatique primitive et la lésion secondaire qui aboutit souvent à l'amaurose. Que se passe-t-il, en effet, en pareil cas? Le nerf sus-orbitaire contus, tirillé, lacéré, rompu par le traumatisme, s'enflamme, l'irritation suit les tubes nerveux pour gagner le centre encéphalique, et en vertu des nombreux et inextricables filets anastomotiques dont elle sillonne la protubérance, cette névrite ascendante arrivée aux cellules d'origine du trijumeau, ne peut-elle pas se réfléchir sur une de ses branches, ou même gagner de proche en proche et atteindre enfin dans sa marche sourde et comme larvée les filets d'origine du nerf optique, où elle développera une névrite secondaire à extension centrifuge?

Depuis 1862, que j'ai appliqué l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies du cerveau et des nerfs, j'ai pu voir chez un enfant de l'École des frères de Saint-Nicolas, atteint d'une plaie du sourcil, une névrite optique dans l'œil affecté, avec hyperhémie excessive de la pupille se confondant avec la rougeur uniforme de la choroïde. J'ai reproduit (1) le dessin de la rétine dans le cas de névrite optique consécutive à une lésion traumatique du nerf frontal. Je crois donc avoir fourni le premier la preuve anatomique de ces névrites ascendantes. Que cette lésion inflammatoire suive son cours, et elle aboutira au trouble nutritif, que nous pourrions rapprocher de ceux que nous avons précédemment indiqués, car il n'en diffère que par le siège. Dans notre premier exemple, la névrite lombo-sacrée a produit un zona inguino-crural. Dans le second, la névrite frontale produit une ophthalmie ou bien l'amaurose, c'est-à-dire l'atrophie de la pupille et du nerf optique.

Partout même processus, la lésion initiale reste toujours la même, la manifestation secondaire seule diffère en raison de la diversité des localisations anatomiques. Ici, comme dans tout trouble trophique consécutif aux lésions des nerfs, nous retrouvons la névrite soit directe, soit ascendante, comme principal anneau de la chaîne pathologique.

Si nous poursuivons cette intéressante étude en prenant les faits qui précèdent, ne trouvons-nous pas encore l'explication pathogénique d'une longue série d'affections dont la nature est restée longtemps ignorée? Qu'est-ce, en effet, que l'ophthalmie sympathique, sinon un trouble trophique du même genre, reconnaissant pour cause une pareille névrite ascendante? On connaît le mot de notre immortel auteur comique : « Crevez-vous un œil, l'autre y verra plus clair. » Ce conseil, qui semble être une indigne moquerie, n'est-il pas à bon droit suivi par les plus habiles chirurgiens modernes en présence de certaines lésions oculaires, puisque l'œil sain s'intéresse à son tour, que la vision commence à s'affaiblir et que l'on a tout lieu de craindre le développement d'une ophthalmie sympathique. En pareil cas, la conduite à tenir n'est-elle pas dictée par le mot de Molière!

Désirant borner mon étude aux altérations produites exclusivement par les lésions des nerfs, je n'ai pas à m'occuper des affections du cerveau et de la moelle qui donnent lieu à de semblables phénomènes (2).

Mais il n'y a pas seulement que les lésions des centres nerveux qui produisent des troubles nutritifs; les causes morales elles-mêmes peuvent exercer sur eux une certaine influence; je ne vous citerai ici comme exemple que l'hypertrophie du cœur, les troubles secondaires de l'estomac, et la leucorrhée qui, dans quelques cas, reconnaissent une semblable origine, et je terminerai par un dernier exemple,

(1) Bouchut, *Diagnostic des maladies du syst. nerv. par l'ophthalmoscope*, 1865, Atlas, fig. 16.

(2) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, recueillies et publiées par Bourneville, 1872.

qui démontre l'effet des causes morales sur la production du pigment. Sans parler de la canitie subite survenue chez un dénicheur d'aigle, au moment où il allait mettre la main sur ses aiglons, je vous rappellerai le fait curieux rapporté par Robin (1) d'un nègre ayant blanchi tout à coup à la suite d'une vive frayeur.

Tous les faits que je viens de signaler me semblent démontrer d'une façon irréfutable l'existence des altérations trophiques liées aux lésions ou aux troubles du système nerveux.

Je pourrais en multiplier encore la liste déjà longue et signaler, par exemple, l'influence que les lésions nerveuses et les névralgies exercent sur les sécrétions et sur la nutrition des organes et des tissus, si je ne croyais avoir déjà fait naître la conviction dans l'esprit du lecteur et dissipé les doutes qui pouvaient l'obscurcir.

Traitement. — Au moment de l'éruption vésiculeuse du zona, et pour calmer les douleurs brûlantes qu'on observe quelquefois à la peau, il faut saupoudrer les vésicules avec de la poudre d'amidon ou de la poudre de sous-nitrate de bismuth. Quelquefois on est obligé d'y mettre un cataplasme de farine de lin et de poudre de ciguë arrosé de laudanum.

Après dessiccation des bulles et disparition des croûtes, la douleur de la névrite se fait quelquefois encore sentir pendant quelques semaines. Dans ce cas, il faut appliquer une *bandelette vésicante* large de 3 centimètres sur le point douloureux et la saupoudrer de 2 centigrammes d'hydro-chlorate de morphine ou faire une *injection hypodermique* avec une solution de 2 centigrammes pour 1 gramme d'eau. Si cela ne suffit pas, on devra pratiquer l'*acupuncture* de façon à laisser les aiguilles trois heures en place, ou bien il faudra prescrire une série de douches de vapeur sur ce point douloureux.

LIVRE XX

MALADIES DE LA NUTRITION MOLÉCULAIRE

CHAPITRE PREMIER

STÉATOSE VISCÉRALE PAR INANITION

L'inanition par alimentation insuffisante est un fait très-commun chez les enfants pauvres nourris au biberon, et à l'hôpital des Enfants trouvés, où l'on ne nourrit pas assez les enfants. Là, en effet, la plupart meurent d'accidents qui ont pour origine la faim et le défaut de nourriture. Dans ces cas, il paraît que dans la plupart des viscères il y a une notable infiltration de matière grasse. Parrot, qui a signalé le fait, s'exprime ainsi :

« Durant la vie, on ne constate d'autre localisation morbide importante que quelques troubles digestifs; et, de prime abord, l'autopsie ne révèle aucune altération capable d'expliquer la mort. Si l'on se contentait d'examiner les viscères à l'œil nu, on pourrait croire à leur intégrité. Et cependant, presque tous, ils portent la marque profonde d'une même altération. Certains éléments de leurs tissus, toujours les mêmes, ont subi, à des degrés divers, la *dégénérescence graisseuse*. L'encéphale et les méninges, la moelle, les poumons, les reins, le foie et le cœur sont habituellement atteints.

» A cette stéatose des viscères on ne peut trouver d'autre cause qu'une alimentation

(1) Robin, *Mémoires de la Société de biologie*.

nulle ou tout au moins insuffisante, et l'expérimentation vient étayer de sa puissante autorité cette donnée étiologique, en montrant que de jeunes animaux soumis à l'inanition présentent des altérations identiques.

» Elles peuvent à leur tour jouer le rôle de causes, et l'on peut citer comme deux de leurs conséquences incontestables l'hémorragie cérébrale et l'emphysème pulmonaire.

» C'est chez le nouveau-né que l'insuffisance alimentaire produit le plus sûrement et le plus rapidement la stéatose viscérale; mais l'induction la montre comme devant agir bien au delà de cette période si restreinte de la vie, et l'observation directe sanctionne cette vue de l'esprit. Toutes les fois, en effet, que la nutrition a été profondément atteinte par la nature du mal ou de sa durée, on constate, atténuées, il est vrai, mais incontestables, les lésions précédemment décrites.

» Jusqu'ici, il n'a pas été donné de vérifier l'exactitude de cette proposition passé l'âge de cinq ans, mais tout fait supposer que, dans certaines affections, on doit en trouver des indices même chez l'adulte.

» C'est par *inanition* que certains agents, tels que le phosphore et le plomb, déterminent la stéatose viscérale.

» Ces résultats de l'anatomie pathologique, éclairés par la clinique et l'expérimentation, doivent fixer l'attention du médecin sur l'importance du régime alimentaire à tous les âges, mais surtout chez le nouveau-né. »

CHAPITRE II

GANGRÈNE SPONTANÉE DES MEMBRES

Il est bien rare de rencontrer chez les jeunes enfants des gangrènes spontanées comme celles que l'on observe chez les vieillards. Eh bien, j'en ai vu deux exemples.

OBSERVATION I. — Une petite fille de cinq jours, née au septième mois et pesant deux livres. Elle était froide, ne pouvait teter et ne fut sauvée de la mort que par les soins d'une grand'mère qui, l'ayant entourée de coton chaud, lui instillait nuit et jour quelques cuillerées à café de lait dans la bouche. Sous l'influence de cette algidité et de cette faiblesse, elle eut des eschares aux genoux et aux orteils, qui s'éliminèrent peu à peu et qui guérirent. J'ai revu cette enfant à l'âge de vingt ans, dans un état de prospérité incroyable.

OBSERVATION II. — Une petite fille de vingt et un mois, très-belle enfant, qui sans cause connue, après vingt-quatre heures de maladie, eut des taches noires sur la fesse, sur les genoux et sur les avant-bras, avec de la fièvre et un état général grave septicémique. Ces taches ressemblaient à de profondes ecchymoses, et elle avait en même temps de la matité dans la base postérieure d'un poumon avec des râles sous-crépitaux. Au bout de sept jours, plusieurs ecchymoses s'étaient résorbées, mais à la fesse et sur les genoux à la place des ecchymoses étaient des eschares noires épaisses semblables à celles qu'on aurait produites avec de la pâte de Vienne. Le poumon avait repris sa sonorité, les râles avaient presque cessé et la maladie était en résolution.

Ce fut pour moi une pneumonie embolique avec eschares par embolies capillaires. Au cœur il y avait un souffle manifeste au premier temps et au niveau du mamelon.

LIVRE XXI

MALADIES DU COU

Les jeunes enfants sont quelquefois affectés de tumeurs du cou dont l'origine est fort obscure, et sur la nature desquelles les médecins et les chirurgiens sont loin