

Rarement ils pénètrent profondément, en connexion avec des nécroses en masses. Dans ces cas, notamment aux membres inférieurs, il se produit souvent des complications inflammatoires, de la lymphangite, de l'érysipèle, la suppuration et l'ouverture des articulations, surtout des articulations tibiotarsiennes et médiotarsiennes, ainsi que de celles des phalanges, des doigts et des orteils; dans ces circonstances, quelques parties osseuses se détachent, des membres entiers tombent, et il se produit des mutilations de différente nature, — *lèpre mutilante*.

La membrane de Schneider, la conjonctive (ici nous vîmes une nodosité de la grosseur d'une noisette dans le cas de Breuer), mais surtout les muqueuses de la bouche, du pharynx, de l'épiglotte et du larynx, se recouvrent de nombreux tubercules; la langue s'épaissit et se crevasse, le goût pourtant est conservé; l'épiglotte se rétracte, la voix s'éteint (1) et l'haleine prend une odeur fade particulière. Tôt ou tard on observe de l'anesthésie sur différents points du corps.

Les manifestations morbides que nous venons d'indiquer se développent dans quelques cas avec fièvre et d'une façon aiguë, et arrivent en peu de mois à un degré qui, dans d'autres circonstances, n'a été atteint qu'après nombre d'années. Pendant la durée et l'augmentation persistante de la fièvre et des éruptions, des lésions viscérales s'ajoutent aux premières manifestations: symptômes cérébraux, diarrhée, pneumonie, pleurésie, et les malades succombent. Le plus souvent, toutefois, l'ensemble des symptômes énoncés suit une marche chronique, entrecoupée par des exacerbations aiguës, et surtout par des poussées fébriles, coïncidant avec une régression rapide de la plupart des nodosités ou avec l'apparition de nodosités nouvelles, ou encore avec la régression des anciennes, de telle sorte que les phénomènes fébriles présentent le caractère de processus métastatiques (2).

(1) Voix cassée — *voix lépreuse*; à mettre en note pour les *signes précoces* de la lèpre.  
E. B. — A. D.

(2) Dans la période pré-éruptive, un temps quelquefois fort long après le moment réel où la maladie a été contractée, surviennent des *accès de fièvre*, pris régulièrement pour des accès palustres si le sujet habite un pays à malaria, mais qui peuvent affecter des types divers. En même temps, et toujours sans qu'il se soit encore rien produit à la peau, pendant des semaines et des mois, on voit se produire des *malaises* plus ou moins longtemps incompris, des phénomènes généraux très variés, des *douleurs* mises sur le compte du « rhumatisme », etc., etc. — *période latente, période de germination lépreuse*.

Une fois la maladie dénoncée, particulièrement dans la *lèpre tégumentaire*, il est très fréquent d'observer des *paroxysmes fébriles*, légers, moyens, ou d'une extrême gravité, dont les modalités nombreuses varient avec les localités, les individus, la race, les auto-infections, les

L'état général est notablement altéré par ces complications; tandis que, pendant la période apyrétique, le physique et le moral se maintiennent à l'état normal, à moins que des affections locales de la peau, notamment des lésions inflammatoires, ne viennent le troubler. Toutefois, après huit à dix ans en moyenne, la mort arrive par suite de marasme ou par le fait d'une complication viscérale (poumons, plèvres, reins). Très souvent, c'est une éruption aiguë, fébrile, durant plusieurs semaines ou plusieurs mois, qui amène la terminaison fatale. Dans d'autres cas, il se produit des plaques d'anesthésie et des bulles de pemphigus (lèpre mixte); l'affection revêt alors le type de la lèpre anesthésique, et persiste ainsi jusqu'à la mort.

2° La lèpre maculeuse (*lepra maculosa*) est caractérisée par l'apparition, avec ou sans prodromes, de taches ayant l'aspect que nous avons déjà décrit, comme des colorations rouges ou présentant les différentes nuances du brun, luisantes, et s'accompagnant ou non d'infiltration; ou bien présentant une pigmentation foncée, punctiforme, rayée ou diffuse, mêlée à des points, à des taches, des raies blanches sans pigment; ce qui donne à la peau un aspect tacheté.

intoxications secondaires, etc. — *paludisme, race créole, race noire ou blanche*, etc., *tuberculose, syphilis, intolérance médicamenteuse*, etc., etc.

L'immigration des lépreux en Europe, en France, à Paris, très accrue depuis vingt ans, nous a permis d'étudier ces phénomènes remarquables chez des lépreux de tous les pays, et de constater qu'il n'est pas besoin du *pays lépreux* pour les produire, et les renouveler.

Dans la grande majorité des cas, ces paroxysmes *précèdent, ou accompagnent une manifestation tégumentaire*, une « *poussée* »: les lésions anciennes s'aggravent, et il s'en produit de nouvelles. En même temps, à titre isolé, ou comme complication des lésions tégumentaires, on voit évoluer des localisations viscérales, pulmonaire, rénale, etc., parfois éphémères, ne durant qu'une ou plusieurs semaines, dans d'autres cas, prenant le type continu, subcontinu, ou rémittent, et se prolongeant pendant des semaines et des mois, résistant à tout traitement, jetant le patient dans le désespoir, et pouvant avoir une issue funeste, même à une époque peu avancée de la maladie.

Dans les formes graves, un état typhoïde se manifeste; la température reste aux environs de 40 degrés centigrades, atteint, le soir, ou dépasse 41, et ne subit, au matin, qu'une rémission légère: l'action du sulfate de quinine est inégale, toujours insuffisante, s'il s'agit d'un accès lépreux véritable.

Quelquefois saisonniers, les paroxysmes apparaissent, dans d'autres cas, régulièrement, se renouvellent une ou plusieurs fois chaque année, ou à intervalles plus éloignés, laissant à leur suite des traces plus ou moins graves sur le tégument ou dans les viscères; puis le calme se rétablit; le malade renaît à l'espérance, et tout *semble* rentrer dans l'ordre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Plusieurs auteurs (E. Wilson) distinguent, parmi toutes ces formes, une variété qu'ils désignent sous le nom de morphée (rouge, blanche, lardacée, atrophique, noire), dans laquelle existent des taches de diverses dimensions entourées d'un liséré rouge dont le centre est blanc, brillant et dur, comme lardacé, ou bien atrophique et pigmenté, enfin des formes du vitiligo qui se manifestent sous l'aspect de pigmentations sépia étendues.

La lèpre maculeuse se transforme souvent en tuberculeuse, et fréquemment aussi s'accompagne des symptômes de la lèpre anesthésique.

3° La lèpre anesthésique (*lepra anesthesica*) se reconnaît, comme son nom l'indique, à l'apparition de plaques d'anesthésie sur la peau. Celles-ci peuvent se montrer sur les points qui sont le siège de tubercules ou de taches; ou bien on voit survenir d'abord, avec ou sans autres manifestations de la lèpre, des bulles de pemphigus, — pemphigus lépreux, — qui, après leur guérison, laissent des surfaces blanches, luisantes, anesthésiées, ou après la chute de l'épiderme, des ulcérations superficielles ou profondes. Dans d'autres cas, l'anesthésie se montre sur des points de la peau qui semblent tout à fait normaux, et c'est seulement en explorant la sensibilité à la piqure d'une épingle, qu'on arrive à découvrir ces régions. L'anesthésie est souvent précédée, pendant plusieurs mois, de rougeur et d'hyperesthésie. Parfois l'épiderme se ride au-dessus des points anesthésiés, ce qui donne l'apparence de la peau sénile et contraste avec les parties saines voisines, où la peau est tendue; en outre, une zone hyperhémie et hyperesthésiée sépare souvent les parties lépreuses des régions saines.

Les points anesthésiés ne correspondent ni par le siège, ni par l'étendue, à la région innervée par un nerf cutané; ils sont disposés avec la plus grande irrégularité, et l'on trouve souvent, au milieu d'une surface anesthésiée, une tache irrégulière où la sensibilité est conservée. Dans les premiers temps, l'anesthésie est mobile, disparaît en un point, pour se présenter en un autre, et ce n'est que là où il est survenu, sur des parties auparavant rouges ou infiltrées, de l'atrophie (dépression), que l'anesthésie a persisté. L'anesthésie est alors complète; on peut enfoncer une épingle jusqu'à la tête à travers la peau et les muscles sans éveiller la moindre sensibilité; fréquemment les malades se brûlent sans s'en apercevoir, ce qui n'empêche pas que les tissus profonds, fascias et os, ne soient très douloureux spontanément, à la suite d'un choc et d'un coup, ou d'une inflammation (1).

(1) L'anesthésie, l'insensibilité à la piqure, la diminution ou la perte de la sensibilité à la température élevée ou basse, la perte de la conscience

Souvent on trouve certains nerfs sous-cutanés, par exemple le nerf cubital entre l'olécrâne et le condyle interne de l'humérus, ou bien tout le plexus cervical, le nerf brachial, tuméfiés et très douloureux à la pression.

La muqueuse de la cavité buccale et du pharynx ne subit pas, dans cette forme, de modifications bien tranchées; toutefois les malades se plaignent souvent de sécheresse de la bouche et de soif vive. Avec l'étendue et l'intensité du mal, s'accroissent d'une part les hyperesthé-

*musculaire* dans les régions atrophiques, l'abolition du sens du tact dans les extrémités mutilées, etc., constituent les phénomènes massifs, les signes indicateurs ou révélateurs essentiels.

Si l'on ajoute à cela que les lésions lépreuses ne sont pas, toutes, uniformément anesthésiques pendant toute leur durée; qu'elles sont souvent hyperesthésiques pendant leur période de formation; que, sur des surfaces analgésiées, il peut exister de violentes douleurs spontanées, et même que certaines périodes de la lèpre des nerfs peuvent s'accompagner d'hyperesthésie et d'hyperalgésie quelquefois très cruelles, d'hyperdermalgie préanalgésique, on aura réuni les points essentiels suffisants.

Analysés avec compétence et sagacité, ces phénomènes dysesthésiques, dans leur irrégularité même, deviennent pour les cas difficiles d'excellents moyens de diagnostic et de différenciation; ils sont connus dès l'antiquité, mais ils sont surtout précisés depuis l'œuvre de Daniëlsen et de Boeck. L'enquête la plus récente à laquelle ils aient été soumis, a été faite par QUINQUAUD — Les troubles de la sensibilité chez les lépreux; leur étude à l'aide d'un esthésiomètre dynamométrique, *Bullet. de la Soc. franç. de Dermatologie*, 1890, p. 118. — En voici le sommaire :

« L'instrument est un esthésiomètre dynamométrique construit par Verdin. Il se compose d'une règle plate, longue de 20 centimètres et divisée en centimètres, demi-centimètres et en millimètres; sur cette règle, sont placés deux petits appareils sphymométriques semblables au sphymomètre de Blocq, et qui glissent à frottement sur la règle divisée; une de leurs extrémités est munie de pointes en ivoire mousses ou pointues, que l'on peut remplacer par des disques métalliques munis de thermomètres spéciaux pour l'exploration de la sensibilité au froid ou à la chaleur.

Pour mesurer la sensibilité au contact, il suffit d'appliquer une pointe mousse sur la peau, d'exercer une pression de 5, de 10, de 20, de 200 grammes, jusqu'à ce que le sujet accuse la sensation du contact.

De même pour la sensibilité à la piqure, à la douleur.

En étudiant de cette manière la sensibilité chez les lépreux, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Dans la lèpre tuberculeuse, dans la lèpre avec taches érythémateuses ou dans la lèpre mixte, les troubles sensitifs sont constants; je n'ai jamais rencontré un tubercule, une tache où la sensibilité fut normale; pour bien s'en rendre compte, il faut explorer la région similaire saine si c'est possible, ou une région saine voisine du point malade. Les troubles sont limités aux lésions, peu à peu ils s'étendent ou bien ils rétrocedent sur les points qui guérissent en même temps que les bacilles disparaissent; la sensibilité suit

sies; de l'autre, les altérations qui les accompagnent et l'atrophie des tissus. Il survient des fourmillements aux extrémités, de l'hyperesthésie de tous les troncs nerveux; les malades ne peuvent pas rester assis ou couchés longtemps à la même place; on est forcé de les faire manger, car ils ne peuvent saisir aucun objet, ni marcher, ni se tenir debout sans ressentir les douleurs les plus vives, et parfois des contractions cloniques. Après un temps assez long, ces symptômes d'hyperes-

souvent la même marche vers le retour à la normale; parfois cependant l'anesthésie persiste.

La *sensibilité au contact, à la pression*, est diminuée au niveau de toutes les lésions élémentaires, mais à des degrés très variables: le malade sent le simple contact sans pression, ou bien il est nécessaire d'exercer une pression de 20, 40, 50, 60, 200 grammes pour que le résultat soit positif; parfois même une pression supérieure n'est pas sentie; la disparition de la sensibilité à un degré extrême est d'ordinaire circonscrite à une région étroite, de petite surface. On peut donc ainsi suivre, mesurer la *disparition graduelle et progressive de la sensibilité des parties superficielles aux parties profondes*.

La *sensibilité à la piqure* est perçue tantôt par simple contact, tantôt il faut exercer une pression de 10, 20, 40, 100, 200 grammes pour qu'elle soit sentie; les chiffres varient suivant les régions explorées; ces changements sont très irréguliers, très inégaux et constituent un des caractères remarquables de ces troubles de la sensibilité. Parfois enfin, malgré une pression supérieure à 200 grammes, la sensation n'est pas perçue; les zones ainsi anesthésiées sont toujours limitées et peu étendues.

Lorsque la sensibilité au contact et à la piqure existent avec une pression de quelques grammes au niveau d'une lésion élémentaire, il est parfois difficile d'apprécier exactement si la sensibilité a subi une modification; il faut alors recourir au procédé suivant: on exerce une pression ou une piqure avec une pression de 5 grammes par exemple sur le point lésé; on remet l'index en place et l'on exerce la même pression de 10 et de 30 grammes sur le point similaire sain; le malade accuse une différence qui permet d'apprécier le trouble sensitif s'il existe.

La *sensibilité au froid* est conservée, mais affaiblie: dans certains points, le corps froid donne la sensation de contact, plus rarement la sensation de chaleur; souvent la sensibilité à 0 degré est éteinte, alors que la sensation de chaleur à 50 degrés persiste encore; d'autres fois, c'est l'inverse qui a lieu.

Ailleurs la sensibilité à une température de 4 degrés au-dessus de 0 degré est éteinte, alors qu'à 35 degrés au-dessous de 0, le malade éprouve la sensation de froid, ou une sensation de chaleur. Sur des points différents chez le même malade, on a donc une échelle très variée des divers degrés de troubles sensitifs.

De même, la *sensibilité à la chaleur* n'est perçue qu'à 40, 50, 60, 70 et 80 degrés, etc., cela varie avec le point observé. On peut dire qu'en général le caractère dominant tous ces troubles, c'est l'*inégalité, l'irrégularité* sur des points voisins les uns des autres et toujours en rapport avec des lésions qui peuvent être à peine appréciables à la vue.

Chez les lépreux, il n'est pas rare d'observer en un ou deux points de l'*anesthésie douloureuse* et des phénomènes de *dysesthésie*.

Il me paraît résulter de cette étude un fait important: c'est que l'*ensemble des troubles sensitifs* peut constituer un précieux auxiliaire pour établir un diagnostic dans les cas difficiles, anormaux, atypiques. »

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

thésie s'amendent; ce n'est pas là toutefois un signe d'amélioration, mais un symptôme de l'anesthésie générale, qui s'étend à de plus grands départements nerveux. A l'anesthésie succède l'atrophie de la peau et des tissus sous-jacents, des muscles surtout, ce qui donne à la peau un aspect flétri, comme celle des vieillards. La physionomie offre une expression de décrépitude: expression d'inertie, de stupeur, par suite des rides qui font cesser tout jeu de la physionomie; la paralysie de l'orbiculaire des paupières entraîne la chute de la paupière inférieure, les larmes coulent sur les joues, il y a de la xérophthalmie; la lèvre inférieure devient pendante et laisse incessamment couler la salive. De plus, en raison de la différence d'action des divers groupes musculaires, dont les uns fonctionnent encore, tandis que les autres sont altérés ou paralysés, on observe diverses déformations à la face ou aux membres. Là, notamment aux mains, les fléchisseurs l'emportent sur les extenseurs, les doigts sont maintenus en demi-flexion, au contraire la paume de la main fait une saillie convexe, tandis que la face dorsale est excavée et paraît creusée à la place des muscles interosseux atrophies. En même temps, les extrémités des doigts sont renflées en massue, les ongles amincis les recouvrent, et la main au niveau de l'articulation du poignet est fléchie en dedans. Les cheveux et les poils deviennent peu à peu secs, minces et tombent (alopécie lépreuse). Enfin il survient des ulcérations; ou bien les tissus amincis sont détruits par une inflammation latente, et, par suite de la disparition progressive de la peau, les aponévroses, les tendons, les articulations elles-mêmes, sont mis à nu. Un doigt, une phalange, toute une main ou un pied peuvent alors tomber spontanément, — lèpre mutilante. Ça et là, on observe aussi la gangrène momifiante ou la gangrène humide. On ne peut expliquer cette disparition des tissus que par des altérations des nerfs trophiques, — bien que l'existence de ceux-ci n'ait pas encore été démontrée anatomiquement; on trouve en effet les mêmes altérations trophiques dans des points où il ne peut pas être question de tension, de compression, comme au-dessus des articulations: perforation de la cloison du nez, iridocyclite, décoloration de l'iris par exemple.

Quant aux fonctions génésiques, quelques auteurs ont pensé qu'elles étaient, chez les lépreux, considérablement accrues (satyriasis); il n'en est rien; elles ne sont toutefois pas toujours suspendues, alors même que le tégument des parties génitales est déjà anesthésié.

En même temps que progressent les phénomènes de paralysie dans la sphère des nerfs sensitifs, et l'atrophie des tissus, on observe une diminution dans la production de chaleur animale, une parésie de l'activité cardiaque, avec ralentissement du pouls, et une dépression des facultés intellectuelles. Les malades, dans un état de stupeur pro-

fonde, sont assis ou couchés pendant des jours entiers sans s'occuper de ce qui se passe autour d'eux ; on est obligé de les faire manger, de les coucher, de les porter. Peu à peu les autres fonctions, les sécrétions et les excréments, s'altèrent à leur tour. La mort survient dans le marasme, après un accès de tétanos, ou à la suite d'une complication, telle que diarrhée, pneumonie, pleurésie, maladie de Bright, pyémie, etc.

La lèpre anesthésique et mutilante est la forme qui tend à terminer la maladie, dans les cas même où elle aurait revêtu, au début, la forme tubéreuse ou maculeuse (A. Hansen), pourvu que les malades arrivent à vivre jusque-là. Tandis, en effet, que la forme tubéreuse peut se terminer par la mort au bout de huit à dix ans, sous l'influence d'une exacerbation aiguë, la forme anesthésique n'aboutit à une terminaison fatale qu'après dix-huit à dix-neuf ans en moyenne.

Parmi les complications intéressantes que l'on observe sur la peau, et qui peuvent altérer le tableau symptomatique de la lèpre, il faut citer : le favus, l'eczéma généralisé, la syphilis, le molluscum fibreux, l'éléphantiasis des Arabes, mais surtout la gale, dans la forme du moins que nous étudierons sous le nom de gale norvégienne ou de Boeck. Dans cette variété, en effet, en raison de la présence des acares pendant de longues années, souvent quarante à cinquante ans, on observe des dépôts calleux, épais de 1 à 2 millimètres ; les acares n'habitent plus des sillons couverts, mais comme dans la gale des troupeaux, se logent, en raison de leur grand nombre, dans des cavités creusées irrégulièrement dans l'épiderme et les ongles, et on trouve en quantité énorme leurs œufs, leurs larves et leur débris dans des callosités épidermiques, sèches et sordides et entre les lamelles des feuilletés unguéaux.

Le pronostic de la lèpre, dans toutes ses formes, est toujours très grave, car dans tous les cas, et quelle que soit la variété que la maladie ait revêtue au début, elle amène la mort après un délai de quelques années, soit par suite de marasme de nature trophique ou nerveuse, soit par quelque complication intercurrente. A. Hansen pense cependant que dans quelques cas la maladie s'arrête à un certain degré, et peut alors être considérée comme guérie. Cette remarque s'applique aussi aux formes qui sont comme un reste de l'ancienne lèpre épidémique, et que l'on observe sous l'aspect de morphee circonscrite dans des pays actuellement exempts de la lèpre. Ces formes toutes locales peuvent guérir spontanément, et alors même qu'elles persistent, elles n'arrivent jamais à infecter l'organisme tout entier (1).

(1) Dès la première édition de cette traduction, T. II, note 2, p. 304, nous avons pris soin de déclarer que nous n'admettions pas de lèpre

Quant au diagnostic de cette affection à formes si variées, il ne présente, même pour le médecin peu expérimenté, de difficultés sérieuses que lorsque la lésion n'est pas encore étendue ; un cas type de lèpre tubéreuse a un aspect si caractéristique, qu'il ne laisse aucun doute pour le diagnostic. Au début des formes maculeuse et tubéreuse, on peut confondre la lèpre avec la syphilis, en raison de l'analogie des affections de la peau communes aux deux maladies : notamment quand une nodosité lépreuse existe par hasard sur le prépuce, laquelle peut en imposer pour une sclérose chancreuse. Mais une fois que les taches brunes se sont étendues jusqu'à avoir la dimension de la paume de la main ou même davantage, ce qui n'a jamais lieu dans la syphilis, et surtout quand on constate, au bout de peu de semaines, l'inefficacité complète du traitement antisiphilitique, le diagnostic ne laisse plus de doute.

La lèpre tubéreuse qui se présente à la face sous forme de nodosités peut être prise pour de l'acné rosée, comme celle qui a son siège dans la même région et sur d'autres parties du corps peut être confondue avec le lupus et le sarcome pigmentaire, multiple, idiopathique (Kaposi).

La forme maculeuse doit être différenciée des anomalies pigmentaires d'autre nature, surtout du vitiligo. La forme anesthésique de la lèpre est la plus facile à diagnostiquer.

En général, pour le diagnostic de la lèpre, il faudra prendre en grande considération le lieu de résidence antérieure du malade ; s'il est originaire d'un pays où la lèpre est endémique, ou s'il y a longtemps habité, son affection sera probablement la lèpre, si toutefois elle en présente les symptômes ; au contraire, on acceptera à peine la possibilité de la lèpre chez des personnes qui n'ont jamais séjourné dans ces contrées (1).

*localisée ni partielle ; ces formes « toutes locales » qui « peuvent guérir spontanément, et alors même qu'elles persistent, n'arrivent jamais à infecter l'organisme tout entier » ne sont pas des cas de lèpre ; elles appartiennent à la sclérodémie, à la syringomyélie, etc., à la syphilis mutilante, etc. ; il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'en faire la démonstration.*

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le diagnostic clinique de la lèpre est difficile pour tous les médecins qui n'ont jamais vu de lépreux, ou qui n'en ont pas examinés les types principaux dans les musées ou dans les atlas.

Il est cependant aujourd'hui beaucoup plus nécessaire que précédemment, de penser à la lèpre, en raison de l'accroissement de la maladie en beaucoup de pays, et à cause du nombre toujours plus grand de lépreux qui arrivent en Europe des pays lépreux, qui en reviennent contaminés, ou qui en présentent les premiers signes plus ou

Suite de la note des Traducteurs.

moins longtemps, parfois quelques années seulement, après le retour.

Or, dans les cas de *lèpre constituée*, les médecins qui examineront le malade avec soin, qui se rendront compte de son *origine*, de sa *provenance*, de son *séjour en pays exotique*, et qui penseront à explorer la *sensibilité cutanée*, pourront toujours au moins suspecter la nature de la maladie, et en réalité en faire aisément le diagnostic.

Mais il n'en est plus de même dans les *périodes initiales*, au milieu des *paroxysmes fébriles* du début ou du cours; et, dans plusieurs de ses espèces ou variétés, la lèpre offre au diagnostic des difficultés extrêmes, même pour les hommes les plus compétents.

Variée à l'infini dans la série illimitée de ses espèces, de ses formes, de ses variétés, encombrée dans sa symptomatologie de phénomènes mobiles, contradictoires, à double face, la lèpre défie toute tentative de description didactique générale et complète, qui ne soit un schème ou un tableau composite.

Dans les premières périodes, l'irrégularité, ou plutôt la multiformité extrême des accidents dits prodromiques parce qu'ils existent avant les altérations typiques, leur banalité propre, sont à ce point accentués, qu'en dehors des pays à lèpre, ou sur des sujets chez qui l'on n'est pas amené à suspecter l'existence de la lèpre, ils sont, en fait, dépourvus de valeur, ou n'ont qu'une valeur toute contingente.

Si des descriptions générales on passe aux symptômes en particulier, on rencontre les mêmes difficultés; jamais aucun d'eux n'est, à lui seul, pathognomonique; et la série peut rester ambiguë presque indéfiniment. Quelques cas en particulier avortent, restent frustes — *lèpre fruste*, *lèpre abortive*; nous en avons relevé dans nos propres observations plusieurs qui auraient inévitablement été méconnus, ou qui auraient échappé à l'attention d'un médecin non dermatologiste et non préparé à l'étude de ces questions.

Aux îles Sandwich, on envoie des divers points du royaume hawaïen, pour y être examinés à l'hôpital d'Honolulu, tous les habitants suspectés d'être lépreux, lesquels, d'après le résultat de l'examen des officiers de santé du gouvernement, doivent être déclarés « *lépreux* », « *non lépreux* », ou « *suspects* ». Assistant à ces examens pendant son séjour aux îles, PRINCE A. MORROW — The diagn. of. Lep. especially the differ. of the anasthet. form from Syringomyelia, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1890, p. 1 — a été vivement impressionné par le grand nombre de sujets déclarés « *suspects* », chez lesquels, par conséquent, les médecins chargés de l'examen, bien que d'une grande et indiscutable compétence, n'étaient pas en mesure de déclarer absolument si le sujet était, ou n'était pas, lépreux.

Dans ces conditions, on comprendra aisément que la lèpre ne soit pas une maladie dont le médecin, fût-il le plus instruit et le plus sagace au titre général, puisse établir constamment et sûrement le diagnostic, s'il n'a pas fait de cette maladie une étude sur nature, et même s'il n'a pas une compétence réelle en dermatologie, et si il n'est pas au courant des plus récentes acquisitions de la neuropathologie.

Ce ne serait pas, croyons-nous, rendre service au lecteur que de lui

Suite de la note des Traducteurs.

tracer sous forme de tableau, et par le procédé suranné des oppositions de symptômes, le *diagnostic différentiel* de la lèpre. Cela pourrait, à la rigueur, être acceptable en comparant des affections également simples; mais tel n'est pas le cas pour la plus extraordinairement compliquée des maladies. Ce qui est indispensable aux médecins de la pratique générale, c'est d'être *prévenus* du genre de difficulté qu'ils sont exposés à rencontrer, et c'est plutôt l'*esprit* que la lettre de ce diagnostic qu'il faut donner dans un livre d'éléments, et de pratique. Si l'on veut bien nous suivre dans l'exposé rapide que nous allons tracer, on aura, pensons-nous, une notion générale suffisante du problème à résoudre.

SÉMIOLOGIE ET DIAGNOSTIC DES LÉSIONS TÉGUMENTAIRES DE LA LÈPRE  
(LÉPRIDES).

A. — *Léprides multiformes*: a.) L. *érythémateuses*, L. *maculeuses*: b.) L. *érythématomaculeuses*, *dyschromiques* (*maculeuses*), *hyperchromiques* (*pigmentaires*), *achromiques*. B. — *Léprides bulleuses*, *nécro-siques* (*pemphigus lépreux des auteurs*): a.) L. *bulleuses précoces*; b.) L. *nécro-siques multiformes*, *érythémateuses*, *bulleuses*, *gangréneuses*, *ulcéreuses*, etc., (*érythème polymorphe lépreux bulleux et escharotique de Leloir*), de la variété de lèpre dite *lazarine*. C. — *Léprides tuberculeuses dermiques* (*tubercules dermiques*), *Lépromes cutanés*: a.) *Taches tuberculeuses*; *léprides nodulaires* (*tub. lépreux proprement dits*); b. *Lépromes dermiques profonds* et L. *hyperdromiques*. D. — *Léprides déformantes et mutilantes*.

Les lésions tégumentaires de la lèpre étant, en très grande majorité, *lépreuses*, *lépromateuses*, c'est-à-dire produites directement par la présence réelle de l'élément lépreux, au même titre que les lésions syphilitiques du tégument, les syphilides, sont syphilitiques, nous les désignons, à titre général, sous le nom de *léprides*. Ce terme n'est ni plus ni moins rigoureusement construit que ceux de *syphilides*, *arthritides*, *scrofulides*, etc. BAZIN s'était servi du mot de *léproïdes*, terme applicable seulement aux lésions qui *simulent* la lèpre.

Le mot de *tsarathides* — héb. TSARATH, lèpre — proposé par ARGILAGOS, *Thèse de Paris*, 1860, ne peut servir qu'à enrichir la synonymie.

A. *Léprides multiformes*.

Pendant tout le cours de la maladie, et même pendant la *période germinative*, laquelle peut durer des mois et des années, il apparaît sur la peau, avec ou sans paroxysmes fébriles, une *infinité de lésions*, dont quelques-unes caractéristiques, et les autres aussi banales et aussi frustes que celles qui parfois, durant une longue série d'années, préludent à la *sarcomatose fongôide*. Hors des pays lépreux, ou chez des sujets qui n'ont pas été aux pays de la lèpre, ces lésions n'ont pas de signification; mais dans les foyers, et chez tous les sujets qui ont séjourné dans ces foyers, qui, en quelque lieu que ce soit, ont vécu inti-