

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, nécrosiques* (*pemphigus lépreux des auteurs*): a.) L. *bulleuses précoces*; b.) L. *nécrosiques 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-

Suite de la note des Traducteurs.

mement avec des lépreux, ou qui ont pris contact direct et prolongé avec des objets provenant de lépreux (vêtements, literie, etc.), il faut les noter avec soin, faire l'examen de la sensibilité à leur niveau, au besoin, l'examen biopsique. Aussi, comme règle générale, dans les cas d'éruption *insolite*, douteuse, il est sage de s'enquérir des questions de séjour, de voyages, etc., de rapport avec les malades, etc., que peuvent avoir eu les sujets qui en sont atteints.

a.) *Léprides érythémateuses et maculeuses*. — Ce sont tantôt des érythèmes simples, très variés, les uns apyrétiques, les autres fébriles; le type roséolique n'est pas rare — *roséole lépreuse* (voy. un très bel exemple dans l'Atlas de Danielssen et Bœck) simulant d'autant mieux la roséole syphilitique qu'elle est *rapidement* maculeuse, et très rarement squameuse, mais ne ménageant pas le visage. Dans les formes fébriles, ces érythèmes lépreux peuvent simuler d'autres érythèmes, d'autres roséoles, et même la rougeole: nous avons vu, à Paris, une jeune fille, venue pour faire ses études en France d'une de nos colonies où existe la lèpre, et arrivée en apparence absolument saine, présenter, à la seconde année de son séjour, une éruption fébrile que le médecin appelé déclara être une rougeole; c'était le début fébrile, érythémato-maculeux, auxquels succéda la première manifestation des tubercules.

D'autres fois l'érythème est *lisse, diffus*, — érythème simple ou en plaques, avec saillie très modérée, en bandes, en traînées, etc.

Enfin, l'érythème lépreux peut être *nodulaire* — érythème nouveau de la lèpre — Voy. T. I^{er}; Appendice des Traducteurs, p. 389; LUTZ, *loc. cit.*, et plus loin, p. 512, aux *léprides tuberculeuses*.

b.) *Léprides érythématomaculeuses (dyschromiques, maculeuses), hyperchromiques (pigmentaires), achromiques*. — Dès les premiers moments de la germination lépreuse, sur le tronc et sur les membres, discrètes, uniques, ou multiples, des taches hyperhémiques se produisent le plus souvent d'une manière tout à fait latente; très rapidement, elles perdent le caractère angioparétique, pour devenir pigmentaires, lisses ou pityriasiques, discoïdes, vagues, circonscrites, etc. Leur existence est communément ignorée des patients: il faut les rechercher avec soin sur tout le corps — macules lépreuses, léprides maculeuses.

Quand on peut les suivre dans leur évolution, on voit les taches, roses d'abord, devenir maculeuses autour des disques rosés; quand le centre a pâli, l'anneau est presque toujours déjà maculeux. Dans quelques variétés, le centre de la tache hyperhémique devient très rapidement anémique, achromique, anesthésique; c'est à peine si, sur la limite interne de l'anneau hyperhémique ainsi formé par progression excentrique, on aperçoit un fin liséré maculeux. En dehors de ce liséré, court la ligne rosée, souvent squamulaire, à contours finement géographiques, qui borde les grands anneaux lépreux, simples ou polycycliques, à grands festons inégaux quand ils sont formés de la juxtaposition et de la confusion de plusieurs anneaux arrivés au contact. Exception-

Suite de la note des Traducteurs.

nellement, un disque pigmenté est inclus au centre de l'anneau hyperchromique comme dans l'exemple que nous avons fait mouler sur nature pour le Musée de Saint-Louis, pièce 626, et qui a été reproduit par Leloir dans l'Atlas de son Traité, *loc. cit.*

Les anneaux lépreux, comme les anneaux syphilitiques et lupiques, peuvent acquérir de grandes dimensions; occuper une surface étendue du tronc, toute une région ou tout un membre; leurs bords, roses, livides, pigmentés dans toutes les nuances, sont souvent infiltrés, épais, saillants de un à quelques millimètres, et véritablement lépromateux au sens complet du mot.

La dyschromatose lépreuse peut affecter, on l'a vu, toutes les formes connues, être hyperchromique, achromo-hyperchromique, constituant des taches vitiligoïdes; elle peut même être *achromateuse d'emblée*. Nous ne parlons pas ici de ce que l'on a appelé, et de ce que plusieurs auteurs appellent la « morphée » lépreuse, ni de l'achromie secondaire à d'autres macules, ni de taches pigmentaires ou achromiques en voie de régression centrale atrophique, mais de taches blanches, atrophiques, d'emblée, qui ne sont précédées, ni suivies, d'aucune autre lésion sur place, d'abord vaguement dysesthésiques, puis franchement anesthésiques.

La question de l'achromie lépreuse primitive réclame des observations nouvelles, dégagées des obscurités appartenant aux anciennes, où l'on confond avec elle des affections de nature différente, la sclérodémie en plaques, le vitiligo, le « vitiligo endémique » — Voyez note I, p. 110; I, p. 111; 2, 3, pp. 155, 156, etc.

Malgré leur polymorphie et leur caractère souvent fruste, malgré leurs variations selon les divers pays, les léprides érythémateuses et maculeuses auraient une grande valeur diagnostique si elles étaient anesthésiques; mais la dysesthésie, constamment et nettement dans la lèpre des nerfs surtout, est souvent mobile, incomplète, douteuse, et c'est au début, c'est-à-dire au moment où sa constatation serait la plus utile, la plus précieuse, qu'elle est le moins manifeste. Il faut, dans tous les cas, avoir recours à l'analyse délicate de la sensibilité cutanée par les procédés aujourd'hui connus — voy. plus haut, note I, p. 490 et suiv. — car c'est le seul moyen précoce de certitude, et un observateur expérimenté et prévenu saura en tirer le parti convenable.

Dans tous ces cas ambigus, l'étude ultérieure devra rechercher, par la biopsie, le bacille de Hansen-Neisser. En effet, en conformité avec ce que la logique permettait de supposer, on trouve, dans les léprides, même au début, en même temps que des troubles dysesthésiques, le bacille caractéristique — Voy. QUINQUAUD, *Bullet. de la Soc. franç. de Dermatologie*, 1890, p. 31.

Le caractère de simplicité élémentaire des lésions cutanées, l'absence de bulles, appartiennent surtout aux premiers stades de la lèpre tégumentaire; leur banalité apparente, à la lèpre mixte, ainsi que leur caractère érythématomaculeux; les macules qui semblent se produire d'emblée appartiennent surtout à la lèpre des nerfs; la douleur spon-

Suite de la note des Traducteurs.

tanée ou l'hyperesthésie y sont particulières, mais non exclusives. Toutefois la lèpre est tellement *une* dans ses espèces, même les plus dissemblables, qu'il faut toujours faire quelque réserve; la forme tuberculeuse la plus accentuée peut apparaître après des phénomènes qui semblaient accuser plutôt une systématisation nerveuse.

Pour donner au lecteur une notion d'ensemble de la multiformité éruptive de la lèpre, aussi bien au début que pendant son cours, nous donnons ici deux observations typiques; les altérations principales constatées chez ces malades sont reproduites dans le Musée de Saint-Louis. Ces deux observations ont été communiquées par nous à LÉLOIR qui les a insérées dans son *Traité*, sous les n^{os} XXX et XXXV.

Obs. I. — *Lèpre des nerfs; léprides érythémateuses, maculeuses multiformes, dysesthésies, lésions trophiques.*

Pièces du Musée de Saint-Louis, n^{os} 531, 532. — Sur la pièce 531, membre supérieur gauche, on remarquera les grands disques maculo-squameux, arrondis ou ovalaires, et, dans les portions de main moulées, l'atrophie des interosseux. — N^o 532. Face. Sur cette pièce très décolorée, on examinera surtout un grand cercle érythémateux, qui occupe toute la joue droite. Les anneaux érythémateux, que nous avons fait représenter, d'autre part, par la chromographie, étaient franchement érythémateux, et d'un rouge vif.

C... Marie, dix-sept ans, modiste, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n^o 47. Du 24 juin au 19 août 1878. — La malade est née à Rio de Janeiro (Brésil), de parents résidant dans cette ville depuis sept ou huit années. Son père n'avait éprouvé, à aucune époque, d'affection semblable; il a eu après elle, d'un même lit et d'un autre lit, des enfants qui sont tous restés indemnes. La mère, au contraire, a présenté avant sa grossesse des phénomènes morbides analogues à ceux que nous allons décrire; *notre malade fut nourrie par elle, tandis que sa sœur puînée qui est encore à Rio, tout à fait indemne, n'a pu être allaitée par cette même mère, qui a succombé peu après son accouchement à des accidents puerpéraux.*

Le quartier de la ville, habité par la malade, était sain; cependant elle croit qu'elle était loin d'y être la seule à éprouver les accidents dont elle a été frappée; sa maison était située au bord de la mer; sa nourriture variée sous le rapport des fruits et des légumes; mais la viande de porc, les condiments épicés, et le café noir concentré, y prenaient une part prédominante.

Période de germination. — Depuis l'âge de neuf ans, la malade a éprouvé une douzaine de crises caractérisées par une *fièvre éphémère* de vingt-quatre heures de durée, avec des *lymphangites de la face interne des membres supérieurs ou inférieurs*, lesquelles ne laissaient aucune trace, n'ont déterminé aucune tuméfaction permanente des membres, et ne peuvent par conséquent être confondues avec les accès de la fièvre éléphantiasique proprement dite, ou accès aigus de l'éléphantiasis vrai. Les crises elles-mêmes sont désignées par la malade sous le nom d'« érysipèles »; *la rougeur et le gonflement se montrèrent sous forme de bandes à la face interne des membres*, jamais à la face externe; ce sont ces mêmes accidents que la mère de la malade aurait éprouvés un assez grand nombre de fois. Jamais, soit sur les plaques érythémateuses, soit sur la peau saine, soit sur les points où existent aujourd'hui les macules, il n'y a eu de bulles.

Suite de la note des Traducteurs.

Période de floraison à la surface. — Elle ne date que de deux ans et demi; aucune des manifestations existantes, *ni aucune des analogues, qui, ayant existé précédemment, se sont effacées, n'a de rapport direct avec les accès fébriles « érysipélateux »*. Sans fièvre, ni malaise, ni douleurs locales, sont apparues des taches, il y a actuellement deux ans et demi; *la première plaque érythémateuse de la largeur de la paume de la main, laquelle devint ensuite brune, après plusieurs vicissitudes, est aujourd'hui une simple macule pigmentaire de la couleur du chloasma*. Puis d'autres taches apparurent, tout à fait analogues, sur la cuisse gauche, sur les membres supérieurs et sur le visage.

Le médecin consulté, un mois seulement après le début, n'eut aucun doute. Il explora la sensibilité des extrémités, prescrivit du sirop ferrugineux, une solution probablement arsenicale, des bains sulfureux et l'électrisation, puis un mois plus tard l'émigration et une cure aux eaux thermales sulfureuses d'Aix en Savoie. Obéissant aux conseils de ce médecin éclairé, la malade séjourna à Aix, pendant tout le mois de juillet 1877, et ne quitta ces thermes, selon son rapport, que complètement débarrassée de ses taches aussi bien au visage que sur le reste du corps, mais conservant les troubles de la sensibilité au point où ils étaient au moment où elle avait quitté l'Amérique. Depuis le mois d'août 1877 jusqu'au mois de mai 1878, aucune apparence de rechute dans les altérations éruptives ne se serait montrée, toujours d'après le rapport de la malade, laquelle est obligée de reconnaître cependant que la plupart des taches que l'on constate aujourd'hui se sont reproduites sur les points occupés par les précédentes. Sur l'évolution des altérations de sensibilité et des troubles trophiques qui leur sont connexes, nous n'avons aucun renseignement précis, car ces phénomènes ne peuvent être constatés par les patients.

La malade est de petite taille, d'aspect délicat, mais non maladif. Elle a toute la gaieté de son âge. Conservation générale de la santé dans une mesure satisfaisante. Conservation de l'appétit. Intégrité des voies digestives. Menstruation régulière. Circulation et respiration normales. Urine d'aspect normal sans albumine ni sucre. Système ganglionnaire atteint en plusieurs points. Adénopathies indolentes, cervicales, sous-maxillaires, épitrochléennes inguinales. L'hématimétrie donne comme moyenne 3.534.000. Il n'y a pas d'augmentation du nombre de globules blancs.

Localisations cutanées et muqueuses. — Taches érythémateuses, érythémato-maculeuses de toutes les formes et de toutes les dimensions, lisses ou furfuracées, dont voici le détail.

a.) *Cuir chevelu.* Rien d'appréciable autre qu'une hypersécrétion épithéliale et sébacée assez accentuée. Les cheveux sont châtain, abondants et solides.

b.) *Face.* Taches purement érythémateuses d'une couleur rouge un peu livide, extrêmement variables de ton, selon la circulation générale et l'irrigation sanguine locale, disparaissant sous la pression du doigt, normalement sensibles aux divers irritants, lisses ou légèrement furfuracées, très légèrement surélevées et épaissies, mais dans des conditions qui réclament une observation délicate ou comparative, enfin conservant les poils follets normaux. C'est sur les parties latérales de la face que les plaques érythémateuses sont le plus manifestes et qu'elles prédominent, circonscrivant par des lignes plus ou moins accentuées les espaces de peau intacts. On note parmi les plus remarquables topographiquement: du côté droit, une bande longitudinale étroite partant de la région temporale droite pour venir rejoindre une autre tache diffuse qui occupe toute la région mentonnière; une autre tache assez bien délimitée occupant la région malaire. Du côté gauche, l'as-

Suite de la note des Traducteurs.

pect est dissemblable et la disposition différente. Les taches sont plus petites, semblables à des impressions digitales, conglomérées en groupes; l'un de ces groupes est disposé en forme de croissant; on note encore une petite bandelette longitudinale en dehors du sillon naso-labial et une large tache ovale au-dessus de l'oreille, tache légèrement furfurante.

c.) *Tronc.* Taches relativement rares et petites, irrégulières; de 1 à 2 centimètres de diamètre au-dessus du sein gauche, sur la paroi antérieure de l'aisselle droite, sur l'omoplate à droite, la plus large de cette région, 4 centimètres sur l'omoplate gauche; enfin quelques petites taches dans la région dorsale inférieure.

d.) *Membres.* Les macules y occupent une partie plus ou moins considérable de la face externe, le côté de la flexion étant relativement exempt; leur couleur est généralement fauve. Leur surface ridée par l'exagération des plis normaux de la peau est légèrement rugueuse et furfurante; on dirait une couche de collodion jaunâtre étalée sur la peau, puis séchée et fendillée en tous sens. Mais la faible desquamation, que l'on peut y obtenir par le grattage, est rigoureusement furfurée; d'autre part, le siège topographique de ces plaques, surtout aux membres supérieurs, contribue encore à les rendre un peu rugueuses par le fait de la saillie si habituelle en ces régions des bulbes pileux; ces bulbes, d'ailleurs, portent presque tous leur poil normal; exceptionnellement ils sont glabres et remplis de cellules cornées. La forme des macules varie depuis la plaque à contours irréguliers, indécis, jusqu'aux taches arrondies nettement ou ovalaires, et aux bandelettes plus ou moins allongées; la plupart de celles qui ont dépassé quelques centimètres carrés sont remarquables par l'accentuation plus grande des altérations à la périphérie qu'au centre, lequel, en certains points, est tout à fait libre ou décoloré.

Altérations des muqueuses. — Les surfaces muqueuses, dans toutes les parties qui peuvent être explorées, ne présentent aucun trouble matériel ou fonctionnel permettant d'affirmer leur altération spécifique. L'appareil oculaire est intact. La bouche est normale, aucune lésion trophique appréciable du ménisque articulaire; les dents sont régulières et n'ont aucune altération spéciale; les gencives ont peu de couleur; la langue présente à la pointe et sur les bords des saillies papillaires sans caractère particulier; peut-être quelques petites taches jaunâtres vers la base.

L'appareil amygdalien, le voile du palais fonctionnent normalement. On note seulement, sur l'amygdale droite, deux petites taches jaunâtres diffuses. La voix de la malade est un peu nasonnée, mais elle affirme qu'il en a toujours été ainsi, bien qu'à un degré moindre. Le fond du pharynx est rouge, granuleux, sans autres caractères apparents que ceux de l'angine simple chronique. La voix laryngée est normale; il n'y a pas de toux; aucune apparence d'aphonie.

Pour des raisons de convenance que l'âge de la malade fait aisément comprendre, l'état des voies génitales n'a pas été exploré.

Lésions nerveuses; troubles trophiques. Il n'y a eu d'hyperesthésie à aucune période de la maladie, et il n'y en a pas actuellement, même au niveau des plaques érythémateuses; il n'y a eu que des fourmillements et encore de courte durée au membre supérieur gauche.

L'anesthésie et l'algésie sont limitées à la main gauche; elles y sont complètes. Entre deux métacarpiens, on peut traverser de part en part, avec une épingle, la main, sans produire de douleur, même sous les yeux de la malade. Au sommet des doigts, les épingles sont enfoncées jusqu'à la ren-

Suite de la note des Traducteurs.

contre des phalanges sans douleur également; au niveau des autres phalanges et sur les parties latérales, il faut atteindre plusieurs millimètres, et souvent plus d'un centimètre, pour trouver la sensibilité des parties profondes. Dans les mêmes régions, la *sensibilité électro-musculaire est abolie, de même que la contractilité électro-musculaire*; elles restent l'une et l'autre très altérées dans le tiers inférieur du même membre supérieur gauche, mais, dans tous les autres points, l'état normal est constaté. Cette insensibilité à la douleur existait certainement durant l'hiver dernier; car la malade s'est fait, sans s'en apercevoir immédiatement, des brûlures multipliées au niveau des articulations de la première et de la deuxième phalange des doigts auriculaire, médius et indicateur, à la surface desquels on retrouve de petites cicatrices arrondies, un peu épaisses, lisses et brillantes, de quelques millimètres de largeur.

Des troubles trophiques symétriques manifestes se retrouvent aux extrémités supérieures et inférieures, là même où l'analyse clinique ne constate pas encore de troubles de la sensibilité; des lésions atrophiques actives et des déformations existent manifestes à la main gauche, là où sont accumulées les lésions de la sensibilité.

Les altérations symétriques consistent : 1° Aux pieds, en un état tout à fait rudimentaire du cinquième orteil lequel manque presque complètement à gauche et n'est représenté à droite que par un appendice tout à fait rudimentaire; les deuxième, troisième et quatrième orteils existent, mais dans un état d'atrophie simple très avancé. Des deux côtés, le gros orteil est déformé et manifestement atrophié, mais à un degré beaucoup moindre que les petits doigts. Tous les orteils, sans exception, sont en flexion forcée. 2° Aux mains, la peau est lisse, amincie, brillante; les extrémités digitales dans toute la région phalangienne sont amincies, atrophiées, recouvertes dans leur moitié supérieure seulement d'un ongle très petit et très court. 3° A la main gauche, on constate une déformation en forme de griffe. Les espaces intermétacarpiens sont déprimés par atrophie des interosseux et les tendons extenseurs sont saillants. Les premières phalanges étant dans l'extension, les phalanges et les phalanges sont dans la flexion. Tous ces caractères s'exagèrent et deviennent frappants si l'on fait exécuter à la main des mouvements qui rendent tout à fait évidentes l'atrophie des interosseux, la paralysie des extenseurs et la prédominance des fléchisseurs.

Obs. II. — *Lèpre tégumentaire; léprides multiformes, érythémateuses, maculeuses, dyschromiques, systématisées, circinées, etc., — dysesthésies variées; lépro-mes superficiels en nappe.*

Pièces du Musée de Saint-Louis, nos 626, 627. N° 626, région brachiale; sur ce moulage, on voit une tache fauve annulaire de la région épicondylienne remarquable : A, par la dépression et la décoloration de l'aire centrale, sauf en un point (îlot détaché) qui présente les caractères de l'anneau périphérique; B, par la bande annulaire surélevée, irrégulière de forme, fauve de couleur et à surface grenue. N° 627. Région dorsale. Taches fauves annulaires d'origine récente, apparues en France dans le courant de l'année 1879; mêmes caractères généraux que pour la région épicondylienne, avec moins de saillie et moins de coloration des anneaux. Les macules sont ovalaires, leur direction généralement oblique, étant sensiblement celle des nerfs intercostaux.

Homme adulte ayant quitté la France depuis vingt ans pour le Brésil (Per-

Suite de la note des Traducteurs.

nambuco) et y ayant séjourné dix-huit ans. Syphilitique depuis l'âge de dix-huit ans. Ayant eu en 1863 la fièvre jaune, en 1868 des coliques néphrétiques, et en 1870 une hydrocèle droite traitée par des injections de teinture d'iode. Abus de viandes conservées et de poisson. Très peu de végétaux.

Au moment du moulage, la maladie daterait de six années (?). Début en 1873 par une petite tache brune anesthésique de la région malléolaire droite. Il n'y aurait eu rien d'autre jusqu'en 1877 (?), époque où on aurait constaté une anesthésie simple localisée à la partie postérieure du mollet droit, puis, peu après, du côté gauche; ce serait la même année que deux taches brunes anesthésiques se seraient montrées un peu au-dessous des taches brunes anesthésiques se seraient montrées un peu au-dessous des taches brunes anesthésiques sur le bas-ventre. Aucun prodrome ni phénomène morbide d'aucune sorte.

En mars 1879, le malade revenu en France aurait subi un violent refroidissement en se jetant à l'eau tout habillé au secours d'un enfant. C'est peu de jours après que selon lui se serait développée la série généralisée des manifestations cutanées semblables à celles que nous avons fait reproduire par le moulage (tubercules, disques ou anneaux pigmentaires). De cette époque, dateraient les premières manifestations douloureuses comparées par le malade à des jets de vapeur passant entre cuir et chair, revenant chaque jour et laissant à leur suite de l'engourdissement.

Détail des lésions cutanées. — *Face.* Placards, arrondis, saillants, érythémateux, de dimensions variant depuis celle d'une pièce de 5 francs et au delà, occupant la partie inférieure du front, où ils empiètent sur les sourcils et les joues, aux environs de la barbe qui est rasée. La queue des sourcils, où l'on retrouve l'extension des placards du front, est pourvue de poils moins épais et moins colorés que ceux des régions voisines. Rien au voisinage du cuir chevelu qui ne présente aucune modification anormale. Plaque légèrement saillante, érythémateuse et luisante occupant le dos et le lobule du nez; par la pression, issue de produits sébacés très abondants. Plaque semblable, occupant la houppette du menton. Rien aux oreilles ni aux paupières. Les conjonctives sont pâles, légèrement subictériques.

Malgré les lésions multiples, la face n'est pas déformée dans son ensemble. L'apparition de ces lésions a été subite, leur développement s'est fait dans l'espace d'une heure à peine (?), précédé d'une simple sensation de cuisson dans les points qui allaient être atteints. Le malade s'imaginait d'abord avoir été piqué par un insecte. Les lésions ont été plus accentuées qu'elles ne sont en ce moment, et surtout il existait à leur niveau une tuméfaction plus prononcée. Actuellement, elles paraissent dues à un épaissement avec vascularisation exagérée du derme. L'épiderme, à ce niveau, est lisse et non épaissi; par la pression du doigt, on détermine une diminution de la rougeur. Au niveau de diverses plaques de la face, on constate une diminution manifeste, mais non une suppression de la sensibilité tactile et de la sensibilité thermique.

Cou. Placards semblables à ceux de la face et tubercules plus petits. Ça et là, au milieu, grands placards, points blancs, mats, affaissés, paraissant être des parties du tégument indemnes. Sensibilité émoussée, comme à la face.

Front. Lésions diverses quant à leur aspect extérieur. Sur certains points, simples taches d'un fauve clair; puis taches plus foncées, d'un rouge livide, incomplètement anesthésiques, avec épaissement manifeste du derme; enfin larges placards mal délimités, circonscrits, légèrement saillants, circonscrivant une partie centrale blanche et sans saillie. Cette surface blan-

Suite de la note des Traducteurs.

che, qui, sur certains points, paraît avoir de la tendance à brunir comme les parties périphériques, et qui dès lors semble répondre à des régions encore indemnes du tégument, présente toutefois cette particularité : que très souvent elle est absolument insensible aux piqûres même profondes, alors que l'anesthésie n'est qu'incomplète sur les taches. Le fait n'est pas cependant constant.

Les placards circonscrits sont très abondants, irrégulièrement disséminés sur tout le tronc; mais ils forment un cercle à peu près complet au niveau de la ceinture, sur le thorax; leur direction est oblique, leur forme allongée, dans le sens des nerfs intercostaux. Une seule tache, mais très étendue, sur le bas-ventre, occupant la région hypogastrique, n'allant pas jusqu'au pubis dont les poils ne présentent rien d'anormal.

Membres supérieurs. Trois ordres de lésions; taches simples, taches circonscrites et petits placards, remarquables par leur aspect granuleux semblant indiquer un développement exagéré des papilles du derme; leur vascularité très grande (saignant à la moindre piqûre) et l'état lisse et craquelé de l'épiderme à leur niveau. Les placards circonscrits sont les plus abondants comme sur le tronc. Ils occupent plutôt la face postérieure des membres du côté de l'extension et au niveau des articulations; néanmoins, leur dissémination est assez irrégulière.

Toutes les plaques présentent une diminution ou suppression de la sensibilité suivant le même mode que sur le tronc. Les taches brunes et fauves se retrouvent à la face dorsale des doigts. L'auriculaire gauche, notamment, est le siège de vives douleurs spontanées, et, à la pression, présente deux taches de cette espèce. Toutefois sa face dorsale et celle du métacarpien correspondant sont anesthésiées. *Ongles et extrémités des doigts* indemnes.

Fesses. Abondance remarquable de placards circonscrits à centre blanc, avec leurs caractères habituels.

Membres inférieurs. On y retrouve les trois ordres de lésions, avec prédominance à la face antérieure. Cependant la face postérieure des mollets est remarquable par la vaste étendue des zones blanches anesthésiques, entourées incomplètement de bordures érythémateuses. Rien aux pieds.

B. Léprides bulleuses; nécrosiques.

Des éruptions bulleuses diverses, réunies sous le nom de « pemphigus lépreux », peuvent apparaître dans toutes les formes de la maladie, au début comme aux périodes avancées; celles qui méritent le plus d'attention sont les *léprides bulleuses précoces*, et les *léprides bulleuses escharotiques* de la variété de *lèpre des nerfs* dite « lazarine » (mal de saint Lazare), appartenant surtout à la lèpre des nerfs.

a.) *Léprides bulleuses précoces.* — Pendant la période de germination lépreuse, laquelle, nous le répétons, peut durer des mois et des années, lorsque pendant ces délais le malade a éprouvé seulement des troubles, « inconcevables » et incompréhensibles de la santé, sans que rien ne se soit encore produit, apparaissent les premières éruptions bulleuses. En voici le tableau saisissant fait par DANIELSSEN et BOECK — *Traité de la Spedalsked ou Eléphantiasis des Grecs*, Trad. franç. de A. Cosson, Paris, 1848, page 261.