

Suite de la note des Traducteurs.

mène les gommés tuberculeuses, aussi bien que les gommés syphilitiques, à se ramollir de la circonférence au centre, et à évacuer leur contenu au dehors. En ce sens, il n'y a pas de *gommés lépreuses*, les lépromes dermiques interstitiels, ou les nodosités tuberculeuses hypodermiques, dont la peau d'un grand nombre de lépreux est comme *farcie*, n'ont qu'une médiocre tendance à la régression; leur fonte aiguë proprement dite est exceptionnelle; leur régression ulcéralive en même temps qu'atrophique se fait lentement, et sourdement, grâce à l'anesthésie lépreuse. Excepté dans les périodes avancées de la lèpre des malheureux, et dans les cas non convenablement traités, il est rare d'observer de vastes ulcérations, à bords taillés à pic, à marche serpentineuse, phagédénique, perforantes, laissant écouler en abondance un liquide d'une odeur spéciale. Leurs bords durs, calleux, irréguliers, ou grossièrement polycycliques, les rapprochent de tous les ulcères sordides des membres inférieurs, qui sont leur bien d'élection. Sur les membres, et à la face, leur cicatrisation produit les *mutilations* cicatricielles de la lèpre. Le diagnostic de toutes ces lésions s'établit surtout, indirectement, par l'ensemble des autres signes, et aussi par la recherche du bacille dans les liquides exsudés, ou dans les tissus.

Il en pourrait être de même, il en aurait été de même surtout, avant la connaissance du bacille lépreux, de plusieurs variétés de *sarcomatose cutanée*, lesquelles, soit dans la période de prélude, soit dans les phases prolifératives et ulcéreuses, ne sont pas sans analogies avec quelques formes de lèpre tégumentaire — voy. plus loin le *texte* et les *notes* de la *sarcomatose cutanée*.

D. Léprides déformantes et mutilantes.

Les déformations et les mutilations que, dans leurs formes extrêmes, ou dans leurs stades avancés, diverses maladies produisent en plusieurs points du corps, et surtout au visage ou aux extrémités, affectent parfois des caractères si accentués de similitude, que le diagnostic direct, et la différenciation objective, en deviennent fort ardues, et quelquefois inexécutables.

Pour rendre ces difficultés aussi atténuées que possible, en ce qui concerne la lèpre, et les mettre à la portée de la pratique générale des médecins, il est nécessaire de réduire la question à ses proportions les plus simples, et les plus courtes. En fait, d'ailleurs, les cas dans lesquels l'ambiguïté est inexécutable, sont d'une extrême rareté; et les moyens indirects d'éviter l'erreur sont nombreux.

Parmi les *déformations* et les *mutilations* de la lèpre, plusieurs sont exclusives, et *caractéristiques* dans leur forme, ou par la lenteur, et par l'indolence de leur production; pour les *mutilations*, il existe bien des maladies telles que la *syphilis* et la *scrofulotuberculose*, qui en réalisent de très voisines, ou même de semblables; mais, dans chacune d'elles, quand les caractères directs font défaut, les désordres produits font

Suite de la note des Traducteurs.

partie d'un *ensemble symptomatique* que l'analyse clinique permet, ordinairement, de reconstituer sans difficulté. De même, pour la *majorité* des déformations et des mutilations produites par des maladies moins spécifiées telles que la *sclérodémie*, l'*asphyxie des extrémités*, diverses lésions *trophonévrotiques* plus ou moins bien classées, centrales ou périphériques, *mal perforant*, *névrites périphériques*, *syringomyélie*, etc.; car dans la lèpre c'est seulement une très petite exception de cas qui ne présentent pas d'*autres indices de certitude*, et dans lesquels on ne peut faire la preuve bacillaire.

Assurément, il est possible de confondre certains faits *isolés*, extrêmement rares de lèpre, avec l'une des affections ci-dessus indiquées, et, d'autre part, au point de vue de l'histoire générale de la lèpre, il y a une importance capitale à soumettre ces faits difficiles à une enquête spéciale. Mais, au point de vue de la pratique générale, dans les pays lépreux aussi bien que dans les pays non lépreux, l'essentiel est que le médecin soit *prémuni*, en principe, contre ces erreurs.

En présence d'un cas de *MUTILATION* de la face ou des extrémités, on passera en revue les caractères propres à la *syphilis*, à la *scrofulotuberculose des extrémités*; à l'*asphyxie symétrique*, au *mal perforant idiopathique*, et à la *lèpre*.

En présence d'un cas de *DÉFORMATION progressive, atrophique, trophopathique, amyotrophique*, on n'oubliera pas de discuter la *possibilité* de la *nature lépreuse* de la maladie; mais la différenciation ne sera laborieuse réellement, à l'ordinaire, que dans les pays lépreux, chez des sujets provenant de pays lépreux, ou en cas de coïncidence pathologique et c'est seulement avec la *syringomyélie* — voy. G. THIBIERGE, les altérations cutanées de la syringomyélie, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3^e série, T. I, 1890, p. 799 — que la comparaison pourra être ardue, mais encore, nous le répétons, seulement dans des cas très exceptionnels où l'on ne trouverait pas, par extraordinaire, l'*hypertrophie des nerfs*, des cordons nerveux, si faciles à constater au nerf cubital, ni aucun autre stigmate tégumentaire de lèpre, ce qui réduit considérablement les chances de confusion.

La plupart des syndromes anciennement établis étant bien connus, il est inutile de les rappeler ici, mais il n'est pas inutile de donner le tableau succinct de la *syringomyélie*.

Tableau résumé des symptômes de la syringomyélie.

a.) *Troubles trophiques cutanés*: Occupent ordinairement les membres, au niveau des régions atteintes d'atrophie musculaire ou de troubles de la sensibilité.

Aux doigts, épaississement de la peau, épiderme fendillé, parfois crevasses ou petites ulcérations rebelles. D'autres fois « glossy skin », avec coloration rouge ou violacée. Ongles tantôt fendillés ou striés, tantôt augmentés de volume, quelquefois tombés.

Pour élucider la nature et l'étiologie de cette affection qui anéantit d'une façon si fâcheuse et si irrémédiable l'existence matérielle et intellectuelle des individus qui en sont atteints, il y a eu des efforts ardents et universels, depuis que, grâce aux travaux de Bœck et Danielssen, la pathologie de cette maladie a été établie sur des bases solides.

Tout d'abord, on les chercha naturellement dans l'état anatomique

Suite de la note des Traducteurs.

Parfois gangrène de la peau, pouvant devenir le point de départ de cicatrices hypertrophiques.

D'autres fois, lésions eczématiformes, vésiculeuses, phlycténoïdes, donnant lieu à de petites ulcérations, parfois pigmentation cutanée.

Parfois, ulcères ayant les caractères des maux perforants plantaires ou palmaires.

Parfois, syndrome de Morvan (dans une autopsie de maladie de Morvan de Joffroy et Achard, *Arch. de méd. expériment.*, Juillet 1890, toutes les lésions de la syringomyélie).

b.) *Troubles de la sensibilité* : Occupent de grandes étendues, le plus ordinairement tout un membre, surtout un membre supérieur, débordent sur le tronc en zones qui ne correspondent pas à un trajet nerveux.

Disparition de la sensibilité thermique et de la sensibilité douloureuse, avec conservation de la sensibilité tactile (dissociation syringomyélique de Charcot) : c'est le signe capital, mais il n'est pas absolument constant, la sensibilité tactile pouvant quelquefois disparaître ou du moins être plus ou moins altérée; de plus, ce signe peut s'observer dans l'hystérie (Charcot).

Par suite de l'analgésie, fréquentes brûlures dont les cicatrices peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

c.) *Atrophie musculaire* revêtant souvent le type Aran Duchenne (atrophie des éminences thénar avec main en griffe), s'étendant à l'avant-bras, puis, se généralisant plus ou moins, à marche lentement progressive.

d.) *Réflexes tendineux* diminués, quelquefois abolis, jamais exagérés. Réflexes cutanés variables.

e.) *Scoliose* extrêmement fréquente. Accessoirement contractures ou incoordination.

f.) *Marche* très lente: il y a encore à Bicêtre des malades vus par Duchenne et ayant reçu de lui le diagnostic : « Atrophie musculaire progressive. »

g.) *Prédominance* constante des phénomènes aux membres supérieurs, le gliome qui donne lieu à la formation des cavités syringomyéliques, occupant le renflement cervical de la moelle.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

Fin de la note des Traducteurs sur la sémiologie et le diagnostic des léprides.

des néoplasmes lépreux et des troubles de nutrition de la peau et des autres organes et tissus. Il y a des travaux estimables sous ce rapport d'un grand nombre d'auteurs, avant tout ceux de la première période où fut étudiée la maladie par Danielssen et Bœck, G. Simon et Virchow, et après eux ceux de beaucoup d'autres observateurs, Köbner, Bergmann, Neumann, Hansen, Thoma, Dehio, Monastirski, Kozlowski, Saruf, Neisser, Leloir, nous-même, etc.

Avec Virchow, tous les observateurs reconnaissent dans les tubercules de la lèpre un tissu de granulation, très semblable à celui du lupus, mais avec cette différence qu'il n'est pas, comme dans le lupus, réuni en foyers séparés et que les éléments qui le constituent ont une durée beaucoup plus longue; on peut donc dire que parmi les formations granuleuses assez analogues de la syphilis, du lupus et de la lèpre, ce sont celles de la lèpre qui ont la marche la plus lente, bien qu'elles aboutissent également, comme celles des deux autres affections, à la régression et à la résorption, ou bien à la désagrégation. Ici aussi le tissu nouveau se développe dans le derme lui-même, tantôt plus superficiellement, tantôt plus profondément, autour de quelques vaisseaux et de leurs parois, surtout dans le voisinage des glandes et des follicules très vasculaires, et s'étend le long des vaisseaux jusque dans le réseau muqueux et entre les pannicules adipeux, vers la superficie et dans la profondeur; il se fait ainsi une infiltration cellulaire diffuse de toute la peau. Cependant on voit dans la coupe reproduite figure 54 d'une nodosité lépreuse excisée sur la peau d'un individu vivant, que des bandes de tissu conjonctif divisent cette infiltration en foyers plus ou moins étendus (correspondant sans doute à des centres vasculaires). Ces traînées interstitielles de tissu connectif sont normales par places, ailleurs parsemées, comme dans l'inflammation, de dépôts cellulaires. On a décrit à plusieurs reprises la végétation et l'infiltration des parois vasculaires et la prolifération de l'endothélium (fig. 55), ainsi que la végétation en forme de prolongements et de réseau des cônes de la couche muqueuse et des cellules de revêtement des glandes. Ces dernières manifestations, ainsi que la destruction ultérieure des glandes, des follicules, les hémorragies accidentelles, les métamorphoses régressives des éléments de la nodosité lépreuse (dégénérescence graisseuse, tuméfaction des cellules géantes) ne diffèrent en rien de ce que nous avons décrit tout au long pour le lupus; nous ne ferons donc que les mentionner ici. En même temps que la pauvreté vasculaire du tubercule lépreux comparée à celle du tubercule lupeux fait comprendre la lenteur de son développement et son impuissance à arriver à un degré supérieur d'organisation, l'oblitération de ses rares vaisseaux par prolifération endothéliale en explique la métamorphose régressive et l'atrophie finale.