

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, Kozłowski, 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 lupéux 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.

Une découverte très intéressante est celle qui a été faite par Virchow et après lui par d'autres auteurs (Neisser, Leloir), d'une lésion nerveuse dans la lèpre ; il y aurait une véritable lèpre des nerfs. On trouve, en effet, un processus inflammatoire chronique qui s'étend en petits foyers microscopiques sur le tissu conjonctif de la gaine externe des nerfs,

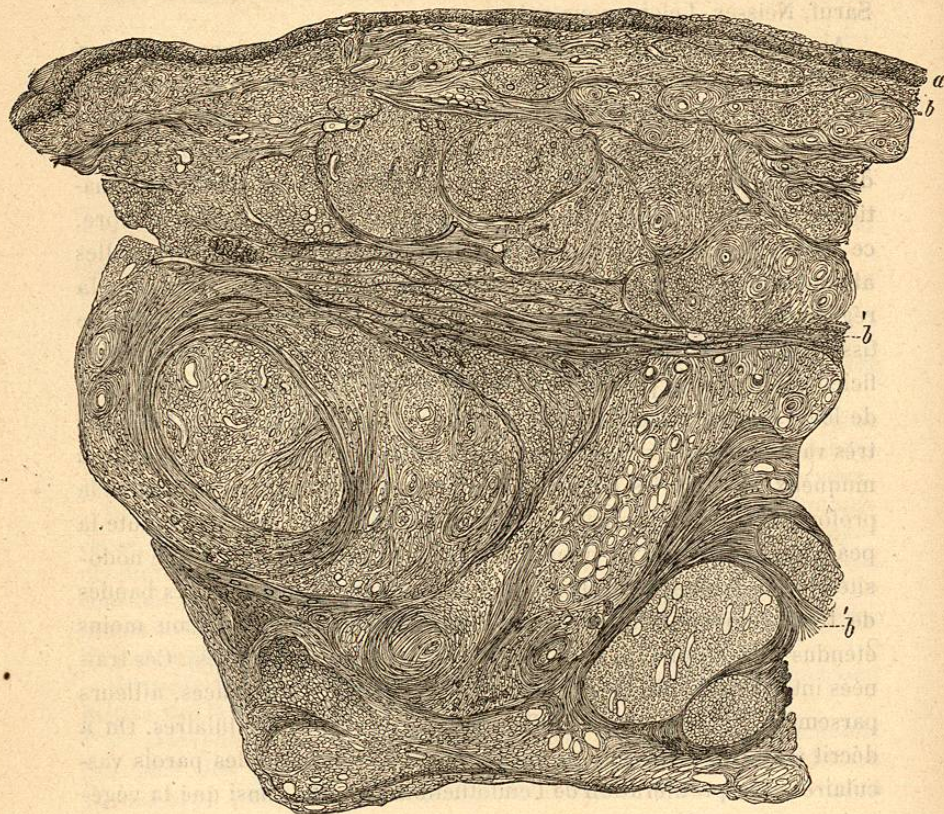


Fig. 54.

Coupe d'une nodosité lépreuse du bras (faible grossissement).

a épiderme fortement pigmenté. — *b* papilles et chorion avec infiltration cellulaire uniforme à laquelle des traînées en forme d'arc de tissu conjonctif. — *b'* donnent un aspect alvéolaire.

puis sur le névrilème et plus tard sur les cloisons qui séparent les divers faisceaux nerveux, et qui est en rapport avec une infiltration cellulaire correspondant à ces foyers inflammatoires. Celle-ci peut se résorber par places, ou bien, dans son cours ultérieur et après une longue durée, elle amène la dégénérescence graisseuse ou l'atrophie complète des fibres nerveuses primitives.

Ces lésions ne sont pas spéciales à la lèpre, mais elles expliquent les paresthésies, l'hyperesthésie et l'anesthésie, et les troubles trophiques décrits ci-dessus, spécialement ceux des muscles, et montrent que ces troubles de la sensibilité, au début du moins, sont variables

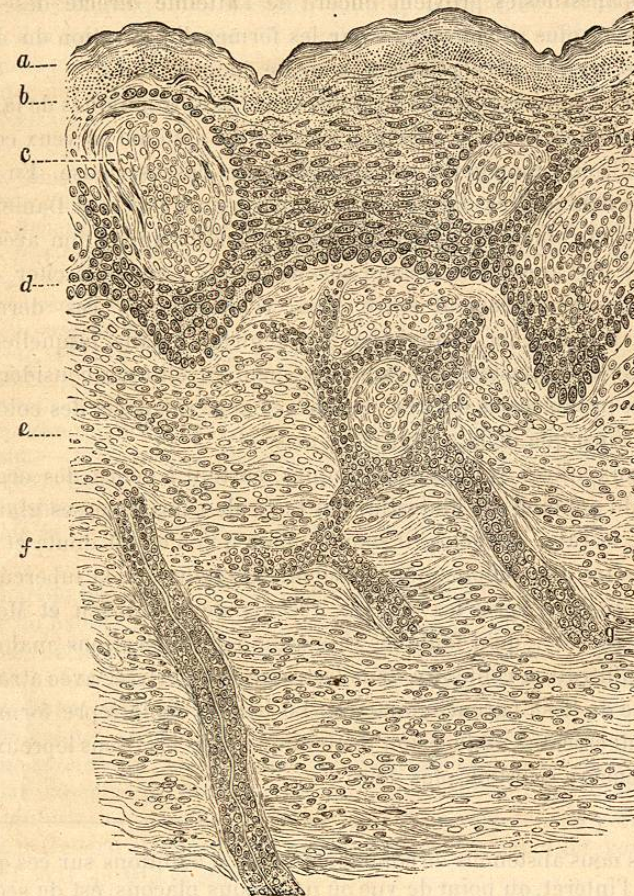


Fig. 55.

Coupe d'une nodosité lépreuse (fort grossissement).

a couche cornée. — *b* couche épidermique des cellules à noyaux. — *d* couche muqueuse proliférée. — *c* papille (coupée obliquement) et chorion *e* avec infiltration cellulaire uniforme. — *g* vaisseau sanguin avec prolifération des cellules de ses parois. — *f* vaisseau lymphatique (canal excréteur d'une glande sudoripare?) avec prolifération endothéliale.

et fugaces, tant que les produits inflammatoires formés dans les troncs nerveux peuvent être résorbés. Elles démontrent aussi la persistance de l'anesthésie une fois que les fibres nerveuses primitives ont subi des métamorphoses irréparables : enfin, elles permettent d'expliquer la

disposition irrégulière des plaques d'anesthésie; les dépôts inflammatoires peuvent, en effet, détruire les fonctions de quelques fibres primitives seulement, alors que d'autres appartenant au même territoire nerveux ont gardé leur intégrité. Mais certainement une grande partie des anesthésies provient encore de l'atteinte directe des fibres nerveuses les plus périphériques par les formes d'infiltration du derme (nodosités, taches) perceptibles à la même époque.

Quant à l'hypothèse que les troubles sensitifs et trophiques de la lèpre sont occasionnés par une affection lépreuse du système nerveux central (Rosenthal), elle manque à peu près de toute base sérieuse. En effet, les lésions médullaires dans la lèpre sont, depuis Bœck et Danielssen, plus rares et comme telles expliquent peu aussi l'apparition aréolaire irrégulière de l'anesthésie. Parmi ces lésions, il y aurait à citer celles concordant essentiellement entre elles, relatées dans ces dernières années par Steudener, Langhans et Tschirjew, dans lesquelles ces auteurs auraient constaté un ramollissement myélique considérable, au point de produire des cavités, des cornes postérieures et des colonnes de Clarke ainsi que de la commissure grise (1).

Quant aux autres lésions anatomiques, surtout à celles des organes internes, du poumon, de l'intestin, des testicules, des diverses glandes, du foie, de la rate, des reins, il semble, bien qu'on en ait douté et qu'il faille admettre des complications accidentelles telles que la tuberculose, il semble, dis-je, d'après les travaux récents de A. Hansen et Monastirski, Neisser, etc., qu'il faille les rapporter à des altérations analogues (foyers d'infiltration cellulaire dans la trame conjonctive, avec atrophie consécutive du tissu parenchymateux). Le bacille de la lèpre forme un complément essentiel de la lésion anatomique dans les tissus lépreux (2), il en sera encore question plus loin.

(1) Nous nous abstenons de commentaires et d'additions sur ces questions dont l'intérêt, au point de vue où nous nous plaçons, est de second plan depuis la découverte de la nature bacillaire de la lèpre.

E. B. — A. D.

(2) Le *bacille lépreux* n'est pas « un complément essentiel de la lésion anatomique »; il est l'agent irritant *préalable*, ou au moins le témoignage de la présence de l'irritant spécifique, CAUSE ESSENTIELLE et *sine qua non*, de la lèpre; cela ne doit pas être perdu de vue un instant. *Il n'y a pas de lèpre sans bacille lépreux, et pas de bacille lépreux sans lèpre.*

Dans toutes les espèces, formes et variétés de la maladie lépreuse sans exception, telles que l'observation clinique les avait antérieurement déterminées, l'histologie permet de constater aisément une bac-

Suite de la note des Traducteurs.

térie caractéristique, dont la découverte appartient à ARMAUER HANSEN (de Bergen) 1869-1874. Après HANSEN, le bacille de la lèpre a été décrit par ALBERT NEISSER (de Breslau) qui l'a, le premier, coloré; aussitôt après, il a été reconnu par un nombre considérable d'observateurs et par nous-mêmes dans tous les cas de lèpre tégumentaire, et dans la lèpre des nerfs, au cours de ces dernières années — *bacille* de HANSEN et de NEISSER.

P.-G. Unna — *Zur Färbung der Leprabacillen* (Coloration des bacilles de la lèpre); *Zur Histologie der Leprosen Haut* (Histologie de la peau dans la lèpre), *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1885, n° supplémentaire. Neisser — *Histologische und bakteriologische Leprosen Untersuchungen* (Recherches histologiques et bactériologiques sur la lèpre), *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie*, etc., 1886, t. CIII. P.-G. Unna — Les amas de bacilles de la peau lépreuse ne sont pas des cellules (*Virchow's Archiv für path. Anat. und Phys.*, etc. 1886. Lutz — *Zur morphologie des Mikroorganismus der Leprosen*, in *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1887, n° supplém. 1). Anal. par Doyon in *Ann. de Dermat.*, 2^e série, Paris, 1886. Touton — *Zur Topographie der Bacillen in der Lepra* in *Virchow's Arch. f. pathol. Anat. und Phys.*, 1886, t. CIV. Campana — *Vierteljahr. f. Dermat.*, 1887, n° 2, fasc. 2. E. Arning — *Monatshefte*, 1887. Leloir — *Ann. de Dermat.*, 2^e série, 1887. Cf. R. Melcher et H. Ortmann, *Übertragung von Leprosen auf Kaninchen* (inoculation de la lèpre à des lapins) in *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1885, n° 23, etc., etc.

Le bacille lépreux est absolument spécifique : Si il est vrai qu'il ressemble au bacille tuberculeux, assez pour que D. C. DANIELSSEN — Contr. à l'étude de la lèpre, *Arch. roumaines de Méd. et de chir.*, 1889, p. 1 — ne soit pas « éloigné d'admettre leur identité; d'une part, il en peut être aisément distingué, dans les préparations, par son *inaltérabilité morphologique*, sa facilité plus grande à être coloré, et surtout par son *extrême abondance*; et de l'autre, les *réactions cellulaires* qu'il provoque dans les expérimentations sur les animaux, achèvent de le différencier sans contestation possible — Voy. surtout, sur ce dernier point, WESENER, *Zur Uebertragbarkeit der Leprosen*, *Beitr. z. pathol. Anat. von Ziegler*, 1890, T. VII, p. 613 et suiv.

Sans aucun doute, il subsiste de *très nombreuses lacunes* dans l'histoire du bacille lépreux, qui demeure *énigmatique* en beaucoup de points; mais il faut attendre encore un peu de temps, et se résigner à ne pas tout comprendre *à l'instant*; sa valeur spécifique reste entière, et sa valeur diagnostique, absolue; cela suffit, pour le moment.

Ces inconnues ne retranchent rien à la valeur de la découverte de HANSEN, ni aux constatations bactériologiques incontestées faites unanimement par tous les histologistes.

Il n'y a pas davantage lieu de se laisser détourner de la réalité pratique, et de la vérité, par l'impossibilité où l'on reste de cultiver le bacille lépreux et de l'inoculer aux animaux; cela veut dire seulement qu'on ignore encore *l'art de cultiver le bacille* de Hansen hors de