

sissement avec induration du derme; la plaque éruptive devient saillante.

Les plaques achromiques peuvent être légèrement indurées.

Leloir a bien établi que les plaques érythémateuses des extrémités coïncident avec leur hyperémie passive, leur tuméfaction et un aspect cyanotique.

Les taches ne disparaissent pas dans la période tuberculeuse; tandis qu'une partie d'entre elles se transforment en néoplasies saillantes, les autres persistent à l'état de macules pigmentaires, et il peut s'y adjoindre de nouvelles poussées de taches érythémateuses avec réaction fébrile; d'autres fois, les poussées aboutissent d'emblée à la formation de tubercules.

**Période nodulaire.** — Nous avons vu déjà que les néoplasies lépreuses se développent dans des conditions diverses.

Le plus ordinairement, elles se produisent au niveau ou à la périphérie d'une macule: rarement, elles surviennent dans des parties restées jusque-là indemnes. Leur développement peut se faire lentement, insidieusement, ou, ainsi que nous l'avons dit, s'accompagner d'une réaction fébrile plus ou moins intense.

Comme l'ont bien observé Danielssen et Bœck, ces néoplasies se montrent sous la forme, tantôt de *saillies* nettement isolées, plus ou moins volumineuses (ce sont celles que l'on désigne en clinique sous le nom de tubercules lépreux), tantôt d'*infiltrations* plus ou moins étendues des téguments.

Dans les deux cas, les lésions peuvent intéresser le *derme* et l'*hypoderme* isolément ou concurremment. La localisation hypodermique est la moins fréquente: les nodules forment alors des tumeurs dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une noix; les infiltrations atteignent parfois jusqu'à 20 centimètres de diamètre et au delà; leur consistance varie de celle d'un lipome à celle d'un fibrome dur en passant par tous les intermédiaires; ces néoplasies hypodermiques sont le plus souvent indolentes. Il n'est pas rare de les voir envahir secondairement le derme, gagner la surface de la peau et s'ulcérer plus ou moins profondément.

Comme les macules, les tubercules lépreux de la peau ont pour sièges de prédilection le visage et les autres parties découvertes, c'est-à-dire les extrémités des membres; c'est également dans ces régions qu'ils atteignent, dans la plupart des cas, des proportions considérables et qu'ils se développent le plus rapidement et le plus complètement.

Nous étudierons d'abord les caractères symptomatiques de ces néoplasies ainsi que leur évolution; nous indiquerons ensuite quelles lésions elles entraînent dans les parties qui les environnent, pour exposer enfin le tableau clinique dans son ensemble.

1° *Lépromes tuberculeux de la peau.* — Ils sont profondément enchâssés dans le derme; leurs *contours* sont le plus souvent diffus;

ils se continuent insensiblement avec les parties saines ou avec des zones d'infiltration; leur *saillie* varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres; il en est de même de leurs diamètres; leur *volume* peut ainsi être comparé à ceux d'un grain de millet, ou de chènevis, d'une lentille, d'un pois, d'une noisette, d'une noix ou d'une orange.

Leur *forme* est d'ordinaire irrégulièrement arrondie ou ovale.

Leur *consistance*, comme celle des tumeurs hypodermiques, est souvent comparable à celle de la gomme élastique (Leloir); elle varie en plus ou moins; d'une manière générale, on peut admettre, avec Unna, qu'elle est ferme quand les lépromes sont en voie d'accroissement, molle lorsqu'ils rétrocedent. Leur *couleur* est le plus souvent d'un rouge brunâtre ou violacé; elle disparaît alors complètement ou incomplètement sous la pression du doigt; d'autres fois, elle est rosée, jaunâtre ou bistrée; parfois, elle devient comparable, ainsi qu'on le voit sur les moulages du musée de Saint-Louis, à celle de la teinture d'iode; il est habituel que la coloration bistrée prédomine au tronc, alors que le visage et les membres sont couverts de saillies violacées ou livides.

Les nodosités, d'abord *isolées*, se multiplient pour former des *groupes* d'aspect varié; elles se disposent parfois en segments de cercles. Les plaques infiltrées peuvent s'étendre sur des surfaces très considérables et donner lieu à l'altération qui a été décrite par Bazin sous le nom de *sclérodémie lépreuse*. Sur l'épaississement induré que présente alors la peau, on voit d'ordinaire se détacher des saillies tomenteuses, plus ou moins volumineuses et irrégulières; les plaques en elles-mêmes ne font qu'une légère saillie.

La peau qui recouvre les tubercules lépreux est souvent, surtout au visage, brillante et d'*aspect vernissé ou huileux*; il s'y fait, comme au niveau des taches érythémateuses, une hypersécrétion de matière sébacée. D'autres fois, il se produit à leur surface une *desquamation*, le plus souvent en écailles fines, pityriasiformes, parfois en lamelles craquelées, parfois aussi en masses épaisses; il en est ainsi particulièrement, chez certains sujets, à la plante des pieds. L'aspect de ces desquamations est d'ailleurs assez variable pour que l'on ait pu les comparer, suivant les cas, à celles du pityriasis, de diverses formes d'eczéma, de l'ichtyose, de la pellagre ou du psoriasis.

Souvent, les téguments sont le siège, au voisinage des tubercules, même quand ils sont très peu développés, de dilatations veineuses parfois énormes.

La *température* de la peau peut être plus élevée au niveau des saillies tuberculeuses que dans les parties saines; il en est ainsi au moment des poussées aiguës; plus tard, les malades peuvent au contraire éprouver une sensation de froid dans les régions atteintes, particulièrement aux extrémités inférieures.

Les tubercules lépreux sont rarement le siège de *douleurs* spontanées ou provoquées : exceptionnellement, on y a signalé un prurit d'ordinaire peu intense ; le phénomène dominant, en ce qui concerne l'état de la sensibilité, est une *anesthésie* plus ou moins prononcée. Elle n'est pas constante et, bien que constatée déjà, dans beaucoup de cas, au niveau des macules, elle manque souvent au niveau des nodules tuberculeux, tout au moins dans les premières périodes de leur évolution. Lorsque, plus tard, elle se produit, c'est parfois d'une manière dissociée ; c'est ainsi que certains sujets perçoivent les sensations tactiles et non les douloureuses et *vice versa* ; les sensations thermiques peuvent également être intéressées isolément ou concurremment avec les autres. A mesure que la maladie devient plus ancienne, ces anesthésies s'accroissent davantage, bien que parfois elles puissent rétrocéder. La perte de la sensibilité à la douleur peut devenir complète : c'est alors que les malades se font insciemment des traumatismes, et particulièrement des brûlures ; le plus habituellement, ces lésions accidentelles siègent à la plante des pieds, et surtout aux talons.

Comme altérations secondaires de la peau, il faut mentionner la *chute des poils* qui avaient persisté pendant la période maculeuse, la *suppression de la sueur* au niveau des altérations, des *dystrophies unguéales* liées à un léprome dermique localisé dans la matrice de l'organe ; elles sont analogues à celles qui ont été indiquées dans la période maculeuse, mais plus accentuées, et elles entraînent plus fréquemment la chute de l'ongle.

Les tubercules lépreux peuvent s'accroître lentement ou rétrocéder ; ils subissent assez souvent des poussées aiguës, durant lesquelles ils se tuméfient, rougissent et deviennent douloureux. Parfois, les articulations voisines des lépromes s'enflamment concurremment. Il n'est pas rare, en pareils cas, de voir les tubercules se couvrir de phlyctènes remplies d'un liquide, tantôt clair, tantôt roussâtre et sanguinolent. Chez beaucoup de sujets, si ce n'est chez tous, la maladie procède ainsi constamment par *poussées* dans l'intervalle desquelles les lésions ont généralement tendance à rétrograder ; ces poussées s'accompagnent d'une réaction fébrile, tantôt modérée, tantôt intense ; la température peut s'élever au-dessus de 40° ; on voit alors la langue se sécher ; il survient, soit du subdelirium, soit un délire aigu ; le malade tombe dans un état d'adynamie profonde : la durée de ces poussées varie de quelques jours à plusieurs mois ; la fièvre cesse tout d'un coup ou graduellement et la maladie tend, d'ordinaire, à rétrocéder, mais elle demeure constamment aggravée : les tubercules sont plus nombreux et plus volumineux, les forces restent amoindries, la santé générale est plus profondément altérée.

Les tubercules peuvent subir d'autres modifications.

Il n'est pas rare de les voir s'affaiblir graduellement au point de

n'être plus représentés que par un épaissement avec coloration plus ou moins sombre de la peau ; il se forme assez souvent à leur place une cicatrice, ordinairement déprimée, parfois saillante.

D'autres fois, les tubercules deviennent le siège d'inflammations qui peuvent en amener la suppuration et l'ulcération ; celle-ci peut être également la conséquence de leurs altérations régressives.

Les suppurations sont le plus souvent profondes ; elles siègent fréquemment à la plante des pieds où elles présentent des caractères très semblables à ceux du *mal perforant* : la peau devient plus rouge au niveau d'un tubercule ; il s'indure d'abord, puis se ramollit et donne bientôt issue à un liquide purulent ; si on vient à l'enlever, on trouve le tissu sous-jacent ulcéré, souvent à une grande profondeur ; la perte de substance ainsi formée ne se répare qu'avec une extrême lenteur. L'ulcère peut s'étendre jusqu'au squelette ; il est habituel de le voir entouré par une couche très épaisse et dure d'épiderme en hyperplasie.

Dans beaucoup de cas, des lésions semblables se développent successivement à la face plantaire des deux pieds.

Quand elles viennent à guérir, elles laissent, à leur suite, des cicatrices souvent indélébiles.

Des ulcérations moins profondes peuvent être consécutives à des poussées bulleuses ou à des suppurations superficielles : elles occupent le plus souvent les extrémités, particulièrement la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes, le pourtour des ongles, les extrémités digitales ; d'autres fois, elles intéressent les jambes dans la plus grande partie de leur étendue. Ces ulcérations superficielles ont des contours irrégulièrement polycycliques ; leur fond est jaunâtre et sanieux ; la peau qui les entoure est, dans certains cas, tuméfiée, épaissie, creusée de sillons plus ou moins profonds ou hérissée de saillies végétantes. D'autres fois, il se produit de véritables pustules plus ou moins volumineuses à la surface d'un tubercule lépreux : elles s'ouvrent et laissent à leur suite une ulcération : plus rarement, c'est par gangrène que se fait la destruction dermique qui aboutit à l'ulcération.

Ces ulcères peuvent devenir le point de départ d'inflammations lymphangitiques ou érysipéloïdes. Lorsqu'ils se cicatrisent, les parties subissent des déformations souvent très profondes.

On voit les parties infiltrées, après avoir présenté pendant longtemps une tuméfaction des plus considérables, s'atrophier, se scléroser et se rétracter, en déformant et déviant les parties atteintes.

2° *Lépromes tuberculeux des muqueuses*. — Plusieurs muqueuses se trouvent généralement intéressées en même temps que le tégument externe : *ce sont plus particulièrement celles qui se trouvent en rapport avec l'air extérieur*, telles que les conjonctives, la pituitaire, les muqueuses de la bouche, du gosier et du larynx.

Les *conjonctives* peuvent être atteintes dès les premières phases de la maladie : elles sont rarement épargnées ; aucun de nos malades de Saint-Louis n'en est exempt ; comme les manifestations cutanées, leurs altérations procèdent souvent par poussées aiguës suivies de périodes de rétrocession plus ou moins prononcée : ces poussées, comme celles des téguments avec lesquelles elles coïncident souvent, s'accompagnent habituellement d'une réaction fébrile d'intensité variable.

Ces altérations des conjonctives paraissent très analogues à celles qui appartiennent à la conjonctivite vulgaire : injection vasculaire, rougeur, tuméfaction, douleur, photophobie et larmolement, parfois une exsudation muco-purulente, tels en sont les caractères et symptômes habituels ; il n'est pas rare de voir se dessiner sur la membrane un pinceau vasculaire à pointe voisine de la cornée, semblable à celui de la conjonctivite phlycténulaire (Hebra) : un examen attentif permet cependant parfois de reconnaître sur le trajet des vaisseaux dilatés de petits nodules grisâtres punctiformes : ils représentent les altérations spécifiques de l'affection. D'autres fois, il se développe, dans cette même muqueuse, des tubercules volumineux.

Le plus souvent, ce n'est pas seulement la conjonctive qui est intéressée dans la lèpre : la *cornée* et l'*iris* y deviennent aussi le siège de lésions. La kératite, d'après Hansen et Looch, se révèle d'abord par un léger obscurcissement, un état finement ponctué du haut de la membrane ; plus tard, elle en envahit le bord, sauf, d'ordinaire, sa partie interne, puis toute la surface ; elle se caractérise par de l'injection et par des infiltrations nodulaires ou en nappe qui ultérieurement prennent une couleur blanc jaunâtre, deviennent épaisses et inégales et entraînent une cécité complète ; elles peuvent ne persister qu'en partie en laissant des opacités indélébiles ; il n'est pas rare de voir se produire un staphylome. Les lésions des parties sous-jacentes sont parfois consécutives aux altérations superficielles que nous venons de décrire ; c'est ainsi que les tubercules cornéens peuvent se ramollir ou subir la fonte purulente, amener la perforation de la membrane et conduire ainsi finalement à la perte de l'œil. Souvent, des nodules se développent insidieusement dans l'iris, déforment l'ouverture pupillaire, en empêchent la dilatation, et amènent des adhérences, soit avec la cornée, soit avec la capsule du cristallin ; la vision subit encore, de ce chef, une profonde altération ; les malades ont une amblyopie qui, lentement ou rapidement, aboutit à la cécité complète. Ces iritis donnent lieu à de vives douleurs péri-orbitaires.

Les lésions de la *pituitaire* comptent parmi les plus fréquentes et les plus précoces de la maladie. Comme la conjonctive, cette membrane s'injecte et se tuméfie ; elle devient bientôt le siège d'ulcérations plus ou moins profondes qui se recouvrent de croûtes souvent assez épaisses pour gêner singulièrement la respiration ;

un écoulement muco-purulent et parfois nauséabond se fait alors incessamment par les narines.

Plus tard, des altérations plus profondes se produisent : les ulcérations atteignent le squelette ; la cloison se perforé et s'affaisse ; le nez subit, suivant le siège de ces affaissements osseux ou cartilagineux, des déformations semblables à celles qu'il peut présenter dans la syphilis (coup de hache, nez en lorgnette, etc.) ; Glück décrit encore un nez en crochet, un nez en forme de trompe et un nez de nègre (1). Concomitamment, les cornets sont souvent épaissis et le siège de tumeurs jaunâtres et ulcérées (Ruault). L'odorat, malgré ces graves lésions, persiste le plus souvent, plus ou moins affaibli, jusque dans les dernières phases de la maladie ; exceptionnellement, il est annihilé ; d'après Jeanselme et Laurens, les altérations nasales se produisent dans 40 p. 100 des cas (2).

La *muqueuse buccale* reste rarement indemne : des tubercules se développent dans toutes les parties qui la constituent ; comme dans le tégument externe, ils sont de volume et d'aspect très variables ; plus ou moins saillants, présentant des contours mal limités, de coloration rouge, violacée ou opaline, ils sont assez souvent hérissés de végétations plus ou moins volumineuses. Dans cette muqueuse, comme dans la peau, on peut observer une infiltration en nappe.

Il n'est pas rare de voir les lèvres tuméfiées et renversées en dehors ; elles laissent alors écouler la salive. Sur la face interne des joues, l'on note surtout des traînées opalines analogues à celles des fumeurs.

Sur la voûte palatine, c'est particulièrement la partie médiane qui est intéressée ; il s'y forme des saillies végétantes et souvent aussi des ulcérations qui aboutissent parfois à une perforation.

La face dorsale de la langue peut être surmontée de fines saillies nodulaires, résistantes au toucher, lisses ou végétantes, de couleur opaline, rose ou violacée. Plus souvent, du moins dans les périodes avancées de la maladie, les lésions y sont profondes : ce sont, d'une part, des tubercules volumineux rappelant, par leur volume, leur saillie et leur configuration, les gommés syphilitiques et susceptibles, comme elles, de se ramollir et de s'éliminer partiellement en donnant lieu à de profondes pertes de substance ; ils sont plus nombreux que ne le sont généralement ces gommés ; ce sont, d'autre part, de profondes dépressions qui rappellent celles des scléroses syphilitiques les plus prononcées (Leloir).

L'épiderme est souvent épaissi au niveau de ces lésions.

La langue, ainsi profondément sillonnée dans toutes les directions, peut être en même temps très tuméfiée : il en résulte que ses mouvements sont très réduits et que la mastication se trouve gênée.

(1) GLÜCK, *Lepre-Conferenz*.

(2) JEANSELME et LAURENS, *Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le pharynx* (Soc. méd. des hôp., 1897) et *Lepre-Conferenz*.

Il peut se produire concurremment une hypercrinie salivaire.

Le *goût* persiste généralement jusqu'à la fin de la maladie : on l'a cependant trouvé amoindri.

Le maxillaire est parfois intéressé consécutivement aux ulcérations; il devient ainsi le siège de nécroses partielles.

Le voile du palais est souvent le siège de tubercules lépreux ou d'infiltrations : que ces néoplasies viennent à s'ulcérer profondément, il en résulte ultérieurement des destructions partielles et des adhérences anormales qui entraînent des déformations analogues à celles de la syphilis.

Les *muqueuses du pharynx et du larynx* sont de même très fréquemment lésées : l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques et les cordes vocales sont alors, comme les autres parties, infiltrées, épaissies, ulcérées, rétractées ou détruites : d'où un enrrouement avec rauçité de la voix auquel fait suite, tôt ou tard, une aphonie plus ou moins complète avec du cornage, de la dyspnée et parfois des accès de suffocation dans lesquels on voit cette dyspnée devenir assez menaçante pour nécessiter la trachéotomie. Ces accès sont dus surtout à des poussées laryngées analogues aux poussées cutanées et oculaires et coïncidant le plus souvent avec elles.

La dyspnée permanente augmente avec les progrès de la maladie; elle s'accroît sous l'influence des efforts musculaires (Leloir). Cette dyspnée peut résulter du rétrécissement cicatriciel de la glotte qui parfois n'a plus que 2 millimètres de diamètre (Hansen et Looch), d'où asphyxie imminente et trachéotomie urgente.

L'*ouïe* reste généralement intacte; il y a cependant des exceptions: il semble qu'en pareil cas il s'agisse de lésions propagées de l'arrière-cavité nasale à la trompe d'Eustache.

Les *muqueuses anale et vulvaire* peuvent présenter les mêmes altérations que les autres parties de la surface tégumentaire.

Les *ganglions lymphatiques* sont fréquemment, comme l'ont bien vu Danielssen et Bœck, intéressés dans la lèpre tuberculeuse; ils se tuméfient, s'indurent, mais ne suppurent et ne s'ulcèrent pas; ces altérations peuvent se produire dans des périodes peu avancées de la maladie; elles ne supposent pas nécessairement une ulcération des téguments.

Parmi les altérations viscérales, celles des testicules sont les plus fréquemment observées.

D'après Fisichella (1), le pouvoir toxique de l'urine s'accroît dans la lèpre: Chatinière est arrivé à des conclusions inverses (2).

Il n'est pas rare de voir se produire, chez les lépreux, les signes d'une phtisie pulmonaire: il est difficile alors de se prononcer entre

(1) FISICHELLA, *Sulla tossicità dell'urina degli leprosi* (Riforma Medica, 1893).

(2) CHATINIÈRE, *Sur la toxicité de l'urine des lépreux tuberculeux* (Ann. de dermat., 1893).

une manifestation lépreuse du côté des poumons et une tuberculose secondaire. D'après Hansen et Looch, il s'agit toujours d'une complication, car ils nient l'existence de lépromes pulmonaires; ils contestent également que la lèpre puisse, par elle-même, donner lieu à des lésions des reins, des intestins et des os.

On observe des orchites lépreuses aiguës; nous les avons vues, avec Jeanselme (1), présenter les caractères suivants: l'épididyme et le testicule ont été intéressés simultanément; les deux glandes ont été affectées concurremment ou consécutivement; il n'y a pas eu trace d'épanchement dans les vaginales; les testicules ainsi altérés n'étaient nullement sensibles à la pression: cette indolence contrastait avec l'acuité des phénomènes inflammatoires; il n'y a pas eu de lésions concomitantes du cordon non plus que de l'urètre; après la phase aiguë, les organes ont diminué de volume; on a pu percevoir, par la palpation, la persistance de petits nodules, de consistance scléreuse, disséminés dans le parenchyme testiculaire; il s'est produit concurremment un léprome du scrotum.

Ces manifestations testiculaires peuvent se renouveler plusieurs fois chez le même sujet; elles coïncident avec d'autres manifestations lépreuses. Elles n'entraînent pas nécessairement l'impuissance génésique; celle-ci ne survient d'ordinaire qu'à une période très avancée de la maladie. On a même signalé la salacité comme un des caractères de la lèpre dans ses premières phases et à sa période d'état: si le fait se produit, ce n'est en tout cas que bien exceptionnellement.

TABLEAU CLINIQUE ET ÉVOLUTION. — Nous avons indiqué précédemment que la maladie évolue lentement ou par poussées aiguës; ces poussées constituent un de ses caractères les plus importants; ses progrès ne se produisent guère que sous cette forme; dans les intervalles qui séparent les poussées, il y a au contraire une tendance à l'amélioration; les tubercules nouvellement formés subissent une évolution rétrograde; quelques-uns d'entre eux peuvent même disparaître entièrement. Nous avons vu ces poussées se faire à la fois du côté de la peau, des muqueuses et des testicules; nous aurons à les signaler, avec une égale importance, du côté des nerfs, dans la forme anesthésique.

Quand la maladie est arrivée à sa période d'état, l'aspect des malades est des plus frappants.

Toute la face est généralement intéressée, à l'exception d'une bordure qui sépare l'éruption du cuir chevelu intact et présente d'ordinaire vers les tempes sa plus grande étendue.

Le front est creusé de sillons profonds, transversaux et verticaux;

(1) HALLOPEAU et JEANSELME, *Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse* (Ann. de dermat., 1893, p. 281).

ils séparent des infiltrations tuberculeuses en tumeurs ou en nappes.

Les sourcils sont considérablement tuméfiés, particulièrement dans leur partie interne, avec ou sans nodules isolés; ils font une saillie qui surplombe l'orbite; ils ont perdu leurs poils; leur couleur est rouge sombre.

Les paupières, surmontées par ces masses énormes, restent généralement intactes (Besnier et Doyon), sauf pendant les poussées où elles se tuméfient passagèrement. Le globe oculaire est, comme nous l'avons vu, fréquemment altéré: dans les cas d'opacité avec panus de la cornée, l'aspect blanc jaunâtre de cette membrane, remplaçant sa transparence normale, constitue une altération des plus saisissantes (Planche XIII).

Le nez est souvent séparé, par un profond sillon transversal, des téguments du front. Nous avons vu qu'il peut être le siège de déformations variant suivant que telle ou telle partie de son squelette est plus profondément altérée.

Les joues sont le siège d'infiltrations et de saillies tuberculeuses souvent remarquables par l'aspect vernissé et comme huileux de leur surface: on peut y voir des cicatrices plus ou moins profondes ou saillantes sous la forme de brides ou d'étoiles.

Les lèvres sont également infiltrées, tuméfiées et cloisonnées; nous avons vu que l'inférieure peut être renversée en dehors à la manière d'un ectropion et laisser écouler la salive.

Les mêmes altérations siègent au menton et le déforment; là encore, les tumeurs tuberculeuses prennent souvent un développement considérable, de même que les sillons qui le séparent. Cette région, comme celles des joues et des lèvres, a généralement perdu ses poils; parfois, seulement, on en voit une touffe émerger d'un sillon.

Les oreilles participent ordinairement aux altérations; elles sont d'abord considérablement augmentées de volume; on y note surtout, en même temps que des nodosités sur l'ourlet du pavillon, une infiltration massive du lobule; ultérieurement, elles peuvent s'amincir et se rétracter.

Au cou, les altérations sont de même souvent très prononcées.

Le tronc est d'habitude moins gravement atteint; on n'y voit qu'exceptionnellement des tubercules volumineux; le plus ordinairement, la maladie ne s'y révèle que par des taches pigmentées et des infiltrations tuberculeuses; il faut cependant faire une exception pour la région fessière où les tubercules sont assez souvent très développés, sans doute à cause de la compression qu'elle subit incessamment.

Les membres supérieurs sont, chez beaucoup de lépreux, le siège de volumineuses nodosités; elles atteignent leur maximum de développement et de confluence au niveau des mains et surtout des extrémités digitales; elles sont également très prononcées aux coudes. On voit en outre une infiltration généralisée du tégument avec une co-



ils separent des infiltrations tuberculeuses en tumeurs ou en nappes.

Les sourcils sont considérablement excoriés, particulièrement dans leur partie interne, avec ou sans nodosités isolées; ils font une saillie qui surplombe l'orbite; ils ont perdu leurs poils; leur couleur est rouge sombre.

Les paupières, dans les formes graves, restent généralement fermées pendant les poussées où elles se traduisent par un aspect blanc jaunâtre de leur conjonctive. Elles présentent la transparence normale, constitue une altération des plus intéressantes (Planche XIII).

Le nez est souvent séparé, par un profond sillon transversal, des téguments du front. Nous avons vu qu'il peut être le siège de déformations variant suivant que telle ou telle partie de son squelette est plus profondément altérée.

Les joues sont le siège d'infiltrations et de saillies tuberculeuses souvent remarquables par l'aspect vernissé et comme huileux de leur surface; on peut y voir des cicatrices plus ou moins profondes ou saillantes sous la forme de brides ou d'étoiles.

Les lèvres sont également excoriées, tuméfiées et épaissies; elles sont souvent en contact avec les dents par des adhérences résiduelles à la manière d'un lichen.

Les lèvres inférieures saillent au menton et le déforment; le menton lui-même est souvent le siège d'un développement tuberculeux qui se sépare, par les sillons qui le séparent, cette région, par un sillon profond; on en voit une touffe émerger d'un sillon.

Les oreilles participent ordinairement aux altérations; elles sont considérablement augmentées de volume; on y note surtout, au niveau du pavillon, que des nodosités sur l'ourlet du pavillon, une épaississement du lobule; ultérieurement, elles peuvent s'amincir.

Les téguments du cou sont le siège de nodosités tuberculeuses qui ex-coriés, sont souvent épaissies; ils sont le siège d'un développement tuberculeux; le cou est généralement, dans les formes graves, le siège de taches pigmentées et des infiltrations tuberculeuses; cependant faire une exception pour la région du cou, les nodosités sont assez souvent très développées, et elles peuvent donner l'impression qu'elle subit mensuellement.

Les téguments du cou, chez beaucoup de lépreux, le siège de nodosités tuberculeuses; elles atteignent leur maximum de développement au niveau des mains et surtout des extrémités inférieures; elles sont également très prononcées aux coudes. On les voit souvent généralisées au tégument avec une co-



Librairie J.-B. Baillière et fils.

LÈPRE TUBERCULEUSE.

loration qui lui a mérité le nom d'*œdème bronzé*. La main est une des parties dans lesquelles on voit se produire le plus rapidement des ulcérations, suivant l'un des modes indiqués précédemment. Les cicatrices qui leur font suite entraînent des déformations et des déviations considérables. Les doigts sont fréquemment le siège d'une tuméfaction qui justifie le nom d'*éléphantiasis* donné à la maladie; leurs phalanges se fixent dans l'extension, la déviation latérale, ou la flexion, suivant les types les plus variés.

Quand la maladie se prolonge, des périodes de régression peuvent succéder aux périodes d'hyperplasie; les téguments se rétractent, deviennent luisants et brillants et contractent adhérence avec les parties profondes; les déformations persistent et même s'accroissent. On peut voir ainsi l'auriculaire décrire une demi-ellipse à concavité interne et à petit rayon.

Aux membres inférieurs, les lésions se présentent aux cuisses, sous la forme d'infiltrations tuberculeuses, plus ou moins étendues et saillantes; les mêmes altérations, avec des tubercules souvent plus volumineux, se trouvent au niveau des genoux et des jambes, en même temps que des macules diversement pigmentées. Plus fréquemment qu'aux membres supérieurs, on observe ici de la desquamation.

Ce dernier phénomène est plus accentué encore au niveau de la plante des pieds où l'épiderme atteint une épaisseur souvent très considérable. D'ailleurs, les orteils comptent, comme les doigts, au nombre des sièges de prédilection de la maladie; ils sont souvent, comme eux, considérablement déformés ou déviés.

Ni le pénis, ni la vulve, ne présentent en général de profondes altérations.

Les symptômes de la lèpre anesthésique viennent presque toujours, au bout d'un certain temps, s'ajouter, puis se substituer à ceux de la lèpre tuberculeuse.

La santé générale s'altère plus ou moins rapidement : les malades restent affaiblis et amaigris après chacune des poussées qui se renouvellent après des laps de temps plus ou moins longs; dans leurs intervalles, au contraire, les forces tendent à se relever. Il se produit ainsi des temps d'arrêt, des rémissions qui peuvent se prolonger pendant plusieurs années et être assez marquées pour simuler une guérison, vaine apparence dans l'immense majorité des cas.

Il arrive un moment où l'adynamie devient extrême; les malades, épuisés par les poussées fébriles et les ulcérations, tombent dans le marasme et finissent par succomber par le fait, soit des progrès de la cachexie, soit d'une obstruction laryngée, soit d'une néphrite albumineuse, soit d'une maladie intercurrente, telle qu'une pneumonie ou la tuberculose pulmonaire.

**Forme anesthésique.** — Elle diffère de la précédente par la prédominance des lésions nerveuses; mais ses éruptions ne semblent