

Les nerfs sont constamment intéressés dans la forme dite anesthésique; ils s'altèrent également toujours, plus ou moins rapidement, dans la forme tuberculeuse.

Les altérations initiales paraissent porter sur les nerfs de la peau; ce n'est que secondairement que les troncs se trouvent envahis. Leur volume peut être tellement augmenté que l'on s'imagine difficilement, au premier abord, qu'il s'agisse de nerfs. Cette tuméfaction peut être régulière et uniforme; elle est plus souvent fusiforme: elle s'accompagne habituellement d'une altération du périnèvre qui est d'un rouge vif ou sombre suivant l'âge de l'altération. De nombreux bacilles, pour la plupart intracellulaires, occupent les interstices des tubes: d'après Leloir, la lésion de ces éléments peut être primitive; Hansen et Looft y signalent également des compressions avec atrophie des gaines de myéline et des cylindraxes par des cellules remplies de bacilles ou de granulations; ils peuvent se régénérer.

On a constaté, dans les cellules ganglionnaires, l'existence d'altérations consistant en une pigmentation anormale avec production de vacuoles. Babès a trouvé, dans 9 cas sur 22, des bacilles lépreux dans les ganglions spinaux postérieurs et le ganglion de Gasser; dans 2 cas seulement, ils ont envahi les ganglions du grand sympathique: ces éléments étaient englobés dans les cellules nerveuses; les organes étaient sclérosés.

Dans la moelle épinière, les lésions sont le plus souvent circonscrites aux cordons postérieurs qui sont atrophiés; elles peuvent s'étendre aux colonnes de Clarke; d'autres fois, l'organe est intéressé dans toute son épaisseur: nous en avons pour témoins les faits dans lesquels son volume a été trouvé réduit à celui d'un porte-plume (Danielssen et Bœck). On a noté, dans ces moelles lépreuses, une altération colloïde de la substance grise; dans 3 cas, Babès a trouvé des bacilles dans les cellules des cornes antérieures.

Jeanselme fait observer avec raison que la topographie de l'anesthésie semble relever d'une lésion radiculaire; mais, d'autre part, il rappelle que Babès a trouvé des bacilles dans les cellules des cornes antérieures et que l'on peut s'expliquer ainsi l'existence dans la lèpre d'amyotrophies suivant le type d'Aran-Duchenne. Ce même auteur a constaté, dans deux cas sur cinq de lèpre anesthésique, une dégénération très prononcée des cordons postérieurs; dans un de ces cas et dans un fait de Marie les cordons antéro-latéraux étaient intéressés. Ces faits expliquent les phénomènes de tabès et d'exagération des réflexes médullaires (1). On ne peut donc admettre, avec Dehio, que les troubles nerveux avaient pour point de départ exclusif l'inflammation des filets nerveux inclus dans les plaques; on ne pourrait d'ailleurs, comme le fait observer Jeanselme s'expliquer

(1) JEANSELME, *Presse médicale*, 1899.

ainsi la distribution symétrique des anesthésies et des amyotrophies aux quatre extrémités.

On pense généralement que, dans la majorité des cas, la moelle reste exempte de bacilles; il est probable que ses altérations sont le plus souvent consécutives à celles des nerfs périphériques.

Les testicules sont tuméfiés ou atrophiés suivant que leur altération est récente ou ancienne; on a trouvé des bacilles dans les cellules des canaux séminifères; parfois, la lumière de ces canaux est oblitérée par ces parasites agglomérés ou par des globes très volumineux résultant de leur dissociation granuleuse; on trouve aussi les parasites dans le tissu conjonctif interstitiel, ainsi que dans l'endothélium vasculaire.

Les ovaires peuvent également être le siège d'altérations provoquées par les mêmes bacilles.

Dans le foie, on a noté une prolifération embryonnaire inter-acineuse avec envahissement des endothéliums et altération amyloïde.

Dans la rate, les cellules peuvent renfermer beaucoup de bacilles: Arning a trouvé, chez nombre de lépreux, cet organe parsemé de nodules scléreux contenant les bacilles (*Lepra-conferenz*).

Les reins sont très fréquemment intéressés, probablement par suite du trouble apporté par la maladie dans les fonctions de la peau, car on n'a pu que très exceptionnellement constater la présence de bacilles dans ces organes: suivant la période de la maladie, on trouve les altérations du gros rein blanc ou du rein contracté; il s'y joint une dégénérescence amyloïde. Dans les poumons, il est difficile de différencier objectivement les lésions lépreuses de celles qui appartiennent à une tuberculose intercurrente, les produits caséeux que l'on rencontre dans ces viscères à l'autopsie des lépreux donnant lieu par inoculation au cobaye au développement d'une tuberculose (tel est du moins le résultat des expériences de Jeanselme). Mais il n'en est pas de même des altérations scléreuses; celles-ci, comme l'ont bien montré Babès, Bonome et Philippon, appartiennent à la lèpre. L'existence de la lèpre de l'intestin est controversable; il faudra, comme le fait remarquer très justement Jeanselme, recourir aux inoculations pour déterminer si les colorations que l'on peut trouver dans cet organe à l'autopsie des lépreux sont, ou non, provoquées par cette maladie.

La plupart des auteurs admettent, contrairement à Hansen et Looft, que les os sont souvent malades dans la lèpre; ils y décrivent une inflammation qui porte surtout sur la moelle et aboutit à la raréfaction de leur tissu; ils y signalent des bacilles dans la moelle, dans ses lymphatiques, dans les canalicules de Havers et dans les corpuscules osseux.

Les muscles atrophiés ne renferment pas de bacilles; leur altération est sans doute tropho-névrotique.



Le sang contient des bacilles libres ou incorporés aux globules pendant le cours des poussées aiguës (Kœbner).

Babès et Kalindero (1) ont trouvé des bacilles dans le mucus et dans le lait.

Ces parasites peuvent se rencontrer dans tous les tissus sans autre altération appréciable.

Dans les périodes avancées de la maladie, on constate une diminution considérable dans le nombre des globules rouges, ainsi que dans leur richesse en hémoglobine.

On ne peut douter, en effet, malgré l'insuccès des inoculations, que ce parasite ne soit bien réellement la cause prochaine de la maladie : ses caractères spéciaux, son abondance extrême et sa constance dans les lésions nodulaires, ne peuvent laisser de doute à cet égard.

Les téguments paraissent être le siège initial des multiplications du parasite. Pénétrant, comme l'a bien démontré Dehio (2), dans les fentes plasmiques et les conduits lymphatiques, il y provoque, suivant le mode de réaction des sujets, soit des troubles dans la nutrition de l'épiderme, soit des néoplasies nodulaires ; il y intéresse les extrémités nerveuses et y détermine une inflammation ascendante qui se traduit par l'épaississement des tissus nerveux et donne lieu secondairement à des troubles trophiques. Il semble que les irritations locales favorisent le développement des lépromes cutanés : c'est ainsi qu'on les voit prendre souvent un développement plus considérable au niveau des parties qui sont le plus exposées aux frottements ou contacts irritants, telles que les coudes, les genoux et les fesses ; l'air doit être considéré comme un agent irritant : telle est du moins l'interprétation qui nous paraît la plus vraisemblable des localisations de prédilection au visage et aux mains. D'après Unna, les régions riches en éléments graisseux restent indemnes.

Pendant longtemps, les bacilles n'atteignent pas la surface cutanée : on peut s'expliquer ainsi les faits négatifs à l'égard de la contagion.

La marche de la maladie par poussées suivies de rémissions a reçu de Patrick Manson l'interprétation suivante : les tissus d'un organisme peuvent constituer momentanément un milieu favorable au développement du contagion ; il se fait alors une poussée aiguë liée, soit directement à la genèse de nouvelles néoplasies, soit à la pénétration dans le sang des léprotines qu'elles engendrent ; puis, au bout d'un certain temps, les conditions de réceptivité offertes par l'organisme envahi cessent de se trouver réalisées, le milieu n'est plus favorable à la genèse des bacilles, les néoplasies rétrogradent ou cessent de se développer, elles subissent des modifications régressives ; il se produit une période plus ou moins prolongée de rémission ; elle dure

(1) BABÈS et KALINDERO, *Congrès de Vienne*, 1891.

(2) DEHIO, *Lèpre anesthésique* (*Congrès de Nuremberg*, 1893).

jusqu'au moment où, par suite des échanges nutritifs, l'organisme devient de nouveau un bon milieu de culture pour l'agent infectieux et où, par conséquent, les conditions nécessaires à une poussée nouvelle se trouvent réalisées.

DIAGNOSTIC. — La lèpre est souvent méconnue pendant longtemps en raison de l'indolence de ses lésions, de leur défaut de retentissement sur la santé générale et aussi de l'intérêt qu'ont les malades à dissimuler la nature de l'infection dont ils se sentent atteints.

Il faut tenir grand compte, pour arriver au diagnostic, des lieux de résidence du sujet. On ne peut guère en effet jusqu'ici, dans les cas douteux, incliner vers le diagnostic d'une lèpre si le malade n'a pas séjourné dans un pays où règne la maladie : c'est peut-être là cependant une faute de méthode si, comme l'affirme Zambaco, la lèpre existe dans beaucoup de contrées qui passent pour en être indemnes.

La présence des bacilles caractéristiques dans les parties altérées constitue un signe diagnostique d'une valeur absolue ; on doit donc constamment les rechercher : Kalindero a établi que ces parasites peuvent se rencontrer dans le liquide de vésicatoires suppurés appliqués sur les taches cutanées ; mais c'est là, suivant Bodin, un fait sans valeur au point de vue du diagnostic, car, d'après ses recherches, ce procédé ne donne des résultats positifs que si le vésicatoire est appliqué sur un léprome, et, en pareil cas, il suffit de pratiquer quelques scarifications superficielles et d'examiner la sérosité sanguinolente qui s'en écoule pour trouver facilement le bacille (1).

On peut aussi, comme l'ont montré Morestang, Yakimowitch et Bodin, trouver les bacilles dans les produits d'ulcérations (2).

Malheureusement, la présence du bacille n'est pas constante au niveau des altérations lépreuses. C'est ainsi que Jeanselme a plusieurs fois constaté que des malades atteints de lèpre invétérée ne présentaient plus de bacilles au niveau de leurs altérations cutanées, alors que, chez les mêmes sujets, des résultats positifs avaient été obtenus antérieurement ; sans doute, dans les périodes de rémission, il n'y a plus, dans les tissus, de bacilles en état d'activité nutritive ; les caractères cliniques permettent seuls alors d'arriver à un diagnostic. Cependant Spronck a affirmé récemment que le pouvoir agglutinant du sérum des lépreux sur les cultures du bacille de Hansen peut servir à faire reconnaître la maladie : Il faut attendre la confirmation de ces assertions.

Parmi les phénomènes initiaux qui doivent faire soupçonner la lèpre, on signale surtout la tuméfaction du lobule de l'oreille, une légère desquamation péri-unguéale et l'anesthésie de la pointe du

(1) BODIN, *Note sur le procédé d'examen bactériologique de la lèpre par le vésicatoire suppuré* (*Revue de méd.*, 1894).

(2) BODIN, *Note sur un cas de lèpre* (*Médecine moderne*, 1894). — YAKIMOWITCH, *Soc. russe de dermatol.*, 1893.



petit doigt, ainsi que l'alopécie de la partie externe des sourcils; plus tard, viennent l'atrophie de l'éminence thénar et la tuméfaction du nerf cubital.

Les taches initiales peuvent être confondues avec celles du *vitiligo*; elles en diffèrent surtout par l'anesthésie dont elles sont le siège; mais cette anesthésie peut faire défaut et, d'autre part, il existe des vitiligos avec affaiblissement notable de la sensibilité; le diagnostic ne peut être fait en pareils cas que par les phénomènes concomitants; peut-être un certain nombre de lèpres indigènes sont-elles ainsi considérées à tort comme des vitiligos.

Les mêmes difficultés se produisent pour le diagnostic de la *morphée*: dans les cas typiques, l'induration considérable de la partie décolorée, l'intégrité à son niveau de la sensibilité dans ses divers modes et le *lilas ring* permettent d'établir le diagnostic; mais le *lilas ring* peut manquer, l'induration peut être légère et d'autre part les macules lépreuses peuvent rester un certain temps sans anesthésie; en l'absence de bacilles, le diagnostic ne peut alors être formulé. C'est ainsi, comme l'ont justement fait remarquer Leloir et Düring, que des affections identiques peuvent être qualifiées de lèpre à Constantinople et de morphée en France. L'évolution de la maladie fournit le plus souvent des éléments de diagnostic: tandis, en effet, que la lèpre suit le plus souvent, malgré des périodes d'arrêt souvent très longues, une marche progressive, les plaques de morphée ont tendance à rétrocéder. Il en a été ainsi pour une malade que l'un de nous (H.) a présentée en 1893 à la Société de dermatologie et dont Zambaco a voulu, à tort, faire un cas de lèpre (1). Il en est de même des autres formes de sclérodermie.

Les poussées érythémateuses simulent souvent des *érythèmes polymorphes*. C'est surtout leur évolution qui les en distingue: à leur rencontre, en effet, elles persistent partiellement sous forme de macules avec ou sans infiltration; les mêmes caractères différencient la lèpre aiguë de l'*érysipèle*: le diagnostic reste donc indécis au début, sauf examen bacillaire. Les lépromes des mains peuvent aussi simuler des *engelures*: ils s'en distinguent surtout par leur indolence, leur chronicité, leur persistance pendant la saison chaude et l'anesthésie qui les accompagne.

Quand la *lèpre tuberculeuse* est arrivée à sa période d'état, le tableau clinique est tellement frappant et caractéristique qu'il n'y a plus d'erreur possible; c'est seulement dans les cas où la maladie est incomplètement développée qu'il surgit des difficultés.

Les *syphilides* peuvent en imposer pour des lépromes palmaires lorsqu'elles se présentent sous la forme de saillies brunes surmontées ou entourées de squames et disposées en arcs de cercle irréguliers;

(1) ZAMBACO, Les lépreux à Constantinople, 1897. — HALLOPEAU, Soc. franç. de dermatol., 1893, et Lepra-Conferenz, 1897.

Hansen et Looft, d'accord avec Danielssen, nient ces lépromes palmaires et admettent que l'on a pris pour tels des syphilides.

Pour ce qui est des *tubercules cutanées*, leur localisation habituelle à un ou plusieurs membres, leur distribution suivant le trajet des gros troncs lymphatiques, les ulcères à bords décollés dont elles deviennent le siège, l'aspect lupique des lésions de la face, permettent à la clinique de formuler un diagnostic avant le résultat des cultures et des inoculations.

Le *mycosis fongoïde* peut avoir quelques analogies d'aspect avec des altérations lépreuses; il en diffère cliniquement par la coïncidence presque constante d'éruptions eczémateuses ou lichénoïdes, par l'aspect des tumeurs, leur forme souvent régulièrement arrondie, et surtout le rebord absolument net et comme géométrique qui sépare ces néoplasies des parties saines; il faut y ajouter l'intensité du prurit et la disparition de tumeurs très volumineuses.

Les *tumeurs sarcomateuses* présentent des caractères très analogues à ceux que nous venons de signaler.

Le diagnostic de la *lèpre anesthésique* est plus souvent entouré de difficultés.

Elle peut offrir un ensemble symptomatique identique à celui de la *maladie de Morvan*: dans les deux cas, on observe de l'anesthésie, la perte successive de plusieurs phalanges ou de plusieurs doigts et des troubles de la circulation capillaire; l'analogie est telle que, d'après Zambaco, il y a identité; le type clinique auquel on a donné le nom de Morvan ne serait autre chose que la lèpre survivant en Bretagne et méconnue jusqu'ici; on doit attendre le contrôle des examens bactériologiques pour juger la question; mais il ne faudrait pas se hâter de conclure négativement d'examen qui ne porteraient que sur des produits d'exsudation, tels que le pus des vésicatoires; Pitres et Sabrazès ont établi qu'ils peuvent ne donner aucun résultat, alors que l'étude de fragments de nerfs excisés y révèle la présence des bacilles. Dès à présent, on peut établir deux catégories de faits: dans les uns, le mal dit de Morvan est une forme de lèpre anesthésique; dans les autres, il s'agit de syringomyélie non lépreuse; les recherches négatives au point de vue bacillaire de Looft, Marinesco, Storch et Babès, en donnent le témoignage. Jeanselme (1) a établi que l'on peut arriver par l'étude clinique à distinguer ces deux espèces morbides: « Dans la lèpre mutilante, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils; l'anesthésie est d'abord rubanée et ne devient segmentaire que dans la suite; elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc; la paralysie faciale est très fréquente et d'origine périphérique; les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux; la scoliose fait constamment défaut; la

(1) JEANSELME, Syndrome de Morvan, syringomyélie et lèpre (Soc. méd. des hôp., 30 septembre 1897).



trépidation épileptoïde est rare et, quand elle existe, elle est seulement à l'état d'ébauche; au contraire, dans la syringomyélie type Morvan, les panaris restent très souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main, l'anesthésie prend la forme vestimentaire, la paralysie faciale est rare et d'origine centrale, les nerfs cubitaux sont normaux ou peu amplifiés et jamais nouveaux, la trépidation épileptoïde est commune et la scoliose très fréquente. »

Les mêmes considérations s'appliquent aux autres formes de *syringomyélie* : cependant, il est certain qu'une partie des faits publiés sous ce nom ne sont autres que des cas de lèpre; nous en avons pour témoins celui qu'ont fait connaître Pitres et Sabrazès (1) et les malades présentés par Thibierge (2) et par Chauffard (3) à la Société médicale des hôpitaux : l'examen bactériologique a nécessairement en pareils cas une importance décisive. Schlesinger (4) donne encore, comme signes différentiels en faveur de la lèpre, la production de cicatrices décolorées et analgésiques à la suite des éruptions bulleuses, la douleur à la pression sur le trajet des nerfs, le caractère moins absolu des dissociations anesthésiques, leur limitation à certaines régions sur des surfaces généralement peu étendues. Jeanselme (5) y ajoute l'asymétrie de l'anesthésie, sa disposition presque toujours segmentaire dès le début, sa dissociation complète et ses limites nettes. Au contraire, la généralisation de ces dissociations, l'apparition de phénomènes convulsifs, les troubles vésicaux et les paralysies bulbaires unilatérales doivent faire pencher la balance du côté de la syringomyélie. Enfin, suivant Kaposi, l'anesthésie tactile ne serait jamais absolue dans la lèpre; il y persisterait ce que l'on a appelé la *sensibilité profonde*.

Hansen a donné récemment un signe différentiel auquel il attache une valeur pathognomonique : suivant lui, l'éminence thénar est constamment atrophiée dans ces formes de lèpre et sa persistance suffit pour en faire éliminer le diagnostic; nous avons vu que cette proposition est loin d'avoir une valeur absolue et que, dans des cas de lèpre nerveuse, incontestable et très avancée, les éminences thénars peuvent être conservées (Voy. p. 563).

L'*asphyxie locale des extrémités*, quand elle coïncide avec des troubles trophiques, peut en imposer pour la lèpre : l'influence exclusive du froid et l'existence de lésions concomitantes pathogno-

(1) PITRES, *De la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustes et anormales de la lèpre* (Acad. de méd., 1892). — PITRES et SABRAZÈS, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1893.

(2) THIBIERGE, *Lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie* (Soc. méd. des hôp., 1891).

(3) CHAUFFARD, *Lèpre systématisée nerveuse simulant la syringomyélie* (Soc. méd. des hôp., 1892).

(4) SCHLESINGER, *Arch. für Dermat.*, 1895.

(5) JEANSELME, *Lepra-Conferenz*, 1897.

niques du côté des oreilles et souvent aussi du lobule nasal pourront, en pareil cas, éviter une erreur.

Le mal perforant de la lèpre est identique à celui du *tabès* : l'étude des phénomènes concomitants et les examens bactériologiques permettent seuls de savoir sous quelle influence il se produit.

C'est de même par l'ensemble des phénomènes concomitants que l'on rattache à la lèpre les *éruptions pemphigoides*.

En résumé, dans les cas douteux, l'examen bactériologique est nécessaire pour arriver à des conclusions positives; il est très probable que sa mise en œuvre régulière permettra de rattacher à la lèpre nombre de types cliniques dont la nature avait jusqu'ici été complètement méconnue.

PRONOSTIC. — Il suffit de se reporter à la description de la lèpre pour se rendre compte de son extrême gravité : la maladie se termine souvent par la mort après avoir donné lieu aux mutilations et aux troubles fonctionnels les plus lamentables; faut-il invoquer, comme circonstances atténuantes, la remarquable tolérance avec laquelle les malades supportent les altérations les plus pénibles et l'état de profonde apathie dans lequel ils tombent?

Au point de vue de la survie, la lèpre anesthésique doit être considérée comme moins grave que la tuberculeuse; on l'a vue se prolonger pendant plus de trente ans; nous avons indiqué d'ailleurs qu'elle est souvent consécutive à la forme tuberculeuse, et que cette transformation coïncide avec une tendance plus grande à la chronicité sans épisodes aigus.

Existe-t-il des formes atténuées et bénignes de la lèpre? Nous croyons devoir répondre affirmativement, car Besnier et nous-même avons maintes fois observé des sujets chez lesquels la maladie se traduisait exclusivement, depuis nombre d'années, par de simples macules; il est possible qu'en pareils cas elle persiste sous cette forme atténuée sans donner lieu jamais à des troubles plus graves de la nutrition cutanée, non plus qu'à des troubles de l'innervation.

TRAITEMENT. — On combat la lèpre par des médicaments administrés *intus et extra* auxquels on attribue, à tort ou à raison, une action spécifique sur l'agent infectieux.

Les particularités qu'offre la marche régulière de la maladie rendent difficile l'appréciation des médications qui lui sont opposées. Nous avons vu en effet que la lèpre procède par poussées suivies de rémissions spontanées dont la durée n'a rien de fixe : si donc l'on vient à administrer un médicament pendant l'une de ces poussées ou lorsqu'elle se termine, on est tenté de lui rapporter l'amélioration qui survient ultérieurement. Nul doute que ces illusions thérapeutiques n'entrent pour beaucoup, si ce n'est pour tout, dans le rôle efficace qui a été attribué à divers agents médicamenteux : c'est



donc sous toutes réserves que nous énumérerons ceux qui ont été surtout préconisés.

Marciano et Wurtz (1) ont recommandé l'ablation de la tache initiale qui, suivant eux, peut précéder l'apparition des lésions généralisées; on ne peut prévoir si elle pourra prévenir le développement de la maladie, comme le fait parfois l'ablation d'un tubercule inoculé, ou si elle échouera, comme le fait constamment l'extirpation du chancre induré.

Parmi les médicaments employés vient, en première ligne, l'huile de chaulmoogra: on la donne en capsules, à doses élevées; si le médicament est bien toléré par l'estomac, on en fait ingérer par jour jusqu'à 400 gouttes, mais on est le plus souvent obligé de s'arrêter à une dose bien inférieure. Cependant, Patron Espada (2) est arrivé à en faire ingérer jusqu'à 45 grammes par jour. Jeanselme et Toutoulis-Bey (3) l'introduisent, après stérilisation, en injections hypodermiques qui sont bien supportées à hautes doses: les résultats obtenus ont été très divers; alors que Patron Espada et Toutoulis-Bey ont vu survenir des améliorations très considérables et durables, des malades de l'un de nous (H.) (4) et de Jeanselme ont fait de violentes poussées alors qu'ils étaient soumis à une médication intensive par ce produit. Il faut donc attendre de nouvelles observations pour apprécier l'efficacité de ce médicament; il est à considérer cependant, comme le fait remarquer Besnier, que c'est celui dont l'administration a le plus souvent coïncidé avec des résultats favorables.

Kalindero emploie de préférence le pétrole *intus et extra*. Bhan Daji, médecin hindou, a utilisé l'huile de l'*Hydnocarpus inebrians*, connue parmi les indigènes sous le nom d'huile de *kanti*. Astachewsky donne la teinture de salsepareille.

Les autres médicaments prescrits à l'intérieur, tels que le mercure, l'arsenic et l'iodure de potassium, semblent inefficaces.

L'europhène a été préconisée par Goldschmidt (5); il l'emploie en injections sous-cutanées, dissoute dans l'huile à 5 p. 100. Carreau a recommandé le chlorate de potasse à la dose énorme et toxique de 15 à 20 grammes par jour, Friarte l'otoba, Arango la résorcine, Castaneda la créosote, Unna l'ichtyol, la strychnine et l'alescine, Radcliffe Crocker les injections de sublimé, Bulkley la teinture de noix vomique, Piffard la strychnine, Murray le suc de la *Calotropia Gigantea*, Bakewell le cashewol: aucun de ces médicaments n'a fait ses preuves. Danielssen et l'un de nous (H.) ont employé le salicylate de soude dans les poussées aiguës; il nous a paru exercer une influence

(1) MARCIANO et R. WURTZ, *loc. cit.*

(2) PATRON ESPADA, *Acad. de méd.*, 1899.

(3) TOUTOULIS-BEY, *Acad. de méd. et S. F. D.*, 1899.

(4) HALLOPEAU, *Acad. de méd.*, 1899.

(5) GOLDSCHMIDT, *La lèpre*. Paris, 1894.

favorable. La lymphe de Koch détermine des poussées aiguës sans aucun effet utile; nous l'avons vue aggraver la maladie.

Les missionnaires du Tonkin emploient le *Hoang-nan*, liane renfermant un alcaloïde, la brucine, associé au réalgar naturel; ils donnent ce médicament par pilules en contenant 0,5 centigrammes à doses croissantes jusqu'à 12 par jour, puis décroissantes; l'un de nous (H.) a vu des malades s'améliorer considérablement pendant qu'ils étaient soumis à ce mode de traitement, mais, dans la grande majorité des cas où il l'a expérimenté, il est resté inefficace.

Carrasquilla (de Bogota) a préconisé la sérothérapie; il injecte le sérum d'animaux auxquels il a préalablement inoculé des fragments de tissus lépreux; expérimenté par l'un de nous (H.), ce traitement n'a donné que des résultats négatifs; il n'en serait pas de même, pourtant, de l'emploi du sérum recueilli chez un animal auquel on a injecté préalablement des bacilles lépreux: cette assertion n'a pas encore été contrôlée en Europe. Spronck a expérimenté récemment un nouveau bouillon de culture, dans une mesure insuffisante pour que l'on puisse en apprécier l'action curative.

Comme topique, on peut employer de même l'huile de chaulmoogra; le baume de Gurjun, additionné de deux ou trois parties d'eau de chaux, paraît donner parfois de bons résultats; il en est de même des acides chrysophanique et pyrogallique préconisés par Unna; on peut les employer sous la forme de pommades à 2 ou 5 p. 100, ou mieux incorporés dans la traumaticine à 8 ou 10 p. 100; ces topiques doivent être réservés aux formes non ulcérées.

Bhan Daji faisait frictionner, chaque matin, le corps entier avec l'huile de *kanti*; deux heures après, le malade prenait un bain pour recommencer, soit de suite, soit dans la soirée, la friction huileuse (1). Nous avons vu plusieurs fois les tubercules s'affaïsser alors qu'ils étaient traités par des applications de collodion additionné de bi-iodure de mercure au deux-centième.

Dans les cas d'ulcérations, on peut recourir, soit au baume de Gurjun, soit aux applications de compresses imprégnées d'eau boriquée ou d'une solution de sublimé au cinq-millième; l'iodoforme et le di-iodoforme, ainsi que l'huile phéniquée, la préparation phéniquée formulée par Berlioz sous le nom de stérésol, l'acide phénique concentré et la potasse caustique (Unna), peuvent encore trouver ici leur indication.

En raison de l'action provocatrice qu'exerce le contact de l'air, il est indiqué de recouvrir les parties qui y sont exposées d'un enduit protecteur: on peut donc avantageusement recommander aux malades de maintenir constamment sur le visage et les mains, soit de la vaseline, soit le vernis à la caséine d'Unna fraîchement préparé.

(1) STANLEY BOYD, *Le traitement de Bhan Daji contre la lèpre* (*Brit. Journ. of Derm.*, 1893).



Nous avons vu des malades présenter, après divers de ces traitements, des améliorations durables; l'un deux, après avoir failli succomber en 1888, n'a eu depuis lors que des manifestations peu nombreuses et d'une extrême bénignité, bien que sa lèpre ait plus de trente ans. En eût-il été de même si l'on s'en était tenu à une simple expectation attentive et aux palliatifs? Les médecins exerçant dans les pays à lèpre peuvent seuls juger la question.

Actuellement, dans la très grande majorité des cas, la lèpre continue, malgré toutes les médications, son évolution fatalement progressive; le médecin doit donc, avant tout, s'efforcer d'empêcher la propagation de la maladie: or, une seule mesure peut être à cet égard regardée comme efficace, c'est l'isolement; c'est grâce à lui, grâce aux léproseries dans lesquelles les sujets étaient internés que la lèpre du moyen âge s'est en grande partie éteinte dans nos contrées; c'est grâce à lui que la situation s'améliore considérablement en Norvège: il y a donc lieu de réclamer cet isolement, non seulement dans les pays où la maladie existe à l'état d'endémie, mais aussi dans notre Europe centrale que nos communications incessantes avec ces pays menacent de plus en plus de nouvelles contaminations. Si l'état actuel de nos mœurs rend difficile l'emploi de cette mesure pour les malades de la ville, tout au moins doit-elle être mise en œuvre pour ceux qui sont hospitalisés. En Norvège, on l'applique rigoureusement à tout lépreux pour lequel elle n'a pas été mise en œuvre spontanément dans des conditions satisfaisantes.

Il y a lieu également, pour rendre possible la prophylaxie, de joindre la lèpre aux maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire et de faire procéder à la désinfection des vêtements.

On ne saurait trop accumuler les précautions pour épargner à notre pays une nouvelle invasion de ce terrible fléau.

Aux États-Unis, un règlement impose une quarantaine aux lépreux arrivant par navires et prescrit leur départ par les bateaux qui les ont amenés. — En cas de péril imminent, il y aurait lieu de recourir en Europe aux mêmes mesures, en appliquant ainsi à la lèpre ce qui est de règle pour la peste et le choléra.

Dans les pays à lèpre, les malades doivent être réunis dans des établissements spéciaux.

### SYPHILIS (1)

*La syphilis est une maladie contagieuse, caractérisée, en premier lieu, par une réaction locale, survenant après une période d'incubation,*

(1) HUNTER, *Traité de la maladie vénérienne*. Trad. Richelot, Paris, 1859. — RICORD, *Traité des maladies vénériennes*, 1842. — BASSEREAU, *Traité des affections de la peau sympt. de la syphilis*, 1852. — ROLLET, *Traité des maladies vénériennes*, 1866. — HOMOLLE, art. SYPHILIS du *Dict. Jaccoud*. — BARTHÉLEMY et BALZER, art. SYPHILIDES du *Dict. Jaccoud*. — CORNIL, *Leçons sur la syphilis*, 1879. — A. FOURNIER, *Leçons*

*accompagnée d'une adénopathie et connue sous le nom de chancre induré; en second lieu, par une infection généralisée, survenant après une seconde incubation et se traduisant cliniquement par une ou plusieurs poussées éruptives disséminées sur la plus grande partie de la surface cutanée et sur les muqueuses, généralement superficielles et ayant d'autant plus de tendance à se localiser qu'elles surviennent plus tardivement, en même temps que par des adénopathies multiples; en troisième lieu, par des néoplasies circonscrites, qui se multiplient localement, sont susceptibles de se localiser dans tous les tissus, mais affectent le plus souvent une affinité pour certains d'entre eux et présentent une tendance destructive.*

La maladie est alors localisée en un certain nombre de foyers isolés; en dehors d'eux, les tissus se comportent comme chez des sujets sains. On ignore les raisons de cette affinité exclusive du contagion chez certains sujets pour certains tissus; il faut évidemment que seuls ils lui offrent un bon milieu de culture (H.).

La syphilis héréditaire tardive se traduit par des dystrophies multiples.

L'agent infectieux, dont la pénétration et l'évolution dans l'organisme sont, en toute évidence, les causes prochaines de cette maladie (1), est encore inconnu.

Il est avéré aujourd'hui qu'il n'est pas constitué par le parasite qu'a découvert Lustgarten.

Winkler, Leredde et Dominici ont décrit récemment des corps arrondis dont la signification précise est à déterminer (2).

Les figures vues par l'un de nous (L.) et Dominici sont des corps arrondis, réfringents, au centre desquels on trouve un point arrondi, très petit, colorable par les couleurs d'aniline et d'hématéine, décoloré par le Gram et le procédé d'Ehrlich. Ces corps, qui ont les dimensions et l'aspect de coccidies, se trouvent dans le tissu du chancre, des syphilides secondaires et dans les ganglions syphilitiques. Ils peuvent être compris dans le protoplasma des cellules.

L'histoire clinique de la syphilis est aujourd'hui fort avancée, et cependant nous n'en connaissons sans doute pas encore toutes les manifestations: le cadre de cette maladie, comme celui de la tuberculose, tend constamment à s'élargir; c'est ainsi que, par exemple, la mise en lumière de ses relations avec le tabès et la paralysie générale

sur la syphilis, 1877. — JULLIEN, *Traité prat. des mal. vénériennes*, 1871. — BALZER, *Traité de médecine de BROUARDEL et GILBERT*. — KAPOSI, LANG, FINGER, A. FOURNIER, *Traité de la syphilis*.

(1) Les notions que nous possédons actuellement sur la pathogénie des maladies infectieuses ne laissent aucun doute à cet égard; il n'en était pas de même pour les générations précédentes, et lorsque, il y a vingt et un ans, dans sa thèse sur le mercure, et dans une communication à la Société de biologie, l'un de nous (H.) formulait cette théorie, il soulevait, chez des maîtres éminents, les plus vives résistances.

(2) LEREDDE et DOMINICI, *Soc. de biol.*, octobre 1898.