

Danielssen et Bœck insistent sur l'extension des taches et des tubercules à la trachée et aux bronches, et ils ont vu sur ces organes se produire des rétrécissements bien manifestes. Là, comme à la peau, le processus pathologique débute dans l'épaisseur du derme, et ce n'est que consécutivement qu'il s'étend aux glandes. Nous voyons ainsi réduite à néant l'hypothèse des auteurs qui veulent que le produit tuberculeux de la lèpre soit le résultat d'une hyperplasie dans un follicule muqueux.

Les poumons sont habituellement exempts des manifestations de la lèpre; on a trouvé cependant, dans quelques autopsies, un certain degré d'infiltration tuberculeuse, ou des petits tubercules crus et d'autres en voie de ramollissement (Danielssen et Bœck); mais c'est là un cas peu commun, bien qu'on ait pu rencontrer aussi de petites cavernes dispersées dans le parenchyme pulmonaire, et des cicatrices appartenant sans doute à d'anciens tubercules guéris. Nous avons observé un cas dans lequel les poumons étaient farcis de tubercules gris et de petites cavernes très nombreuses, disséminées dans les diverses parties des poumons; ces lésions avaient été pour beaucoup dans la terminaison fatale de la maladie.

L'appareil circulatoire, peu affecté dans son centre, semble l'être davantage à ses extrémités, et surtout à ses terminaisons capillaires; on note aussi des changements dans la composition chimique et dans les éléments figurés du sang. Le cœur est ordinairement sain; quelques plaques laiteuses existent parfois à sa surface; il y a rarement dégénérescence graisseuse de ses fibres musculaires; ses orifices et ses cavités sont sains; l'influence lèpreuse ne paraît pas s'exercer en ce point, non plus que sur les gros vaisseaux, tant artères que veines, sauf dans les points où ils traversent des produits pathologiques, et où ils sont noyés dans une gangue lardacée qui les maintient béants, sans augmenter la largeur de leur calibre.

Mais, ainsi que nous l'avons vu en parlant de la peau, les capillaires sont les parties le plus vite envahies: dilata-tions variqueuses, extravasations sanguines, engorgement et épaissement des parois, accumulation, en certains points, d'amas de cellules embryonnaires, compression, puis oblitération de leur calibre, tel est le processus morbifique que subissent les capillaires, processus qui explique la mortification de la peau et du tissu cellulaire, la suppression des sécrétions sudoripare et sébacée, le dessèchement et la chute des poils.

Les premières recherches sur les altérations du sang dans la lèpre ne remontent pas au delà de Danielssen et Bœck; ces auteurs y ont vu, au microscope, de nombreux globules de graisse, et une déformation plus ou moins grande des globules du sang; ils ont noté, en outre, que le sang est plus noir, moins fluide qu'à l'état normal, que le sérum est verdâtre et sirupeux, et que les divers éléments chimiques qui entrent dans sa composition ont varié dans leurs proportions respectives. Depuis lors, on a parlé d'une diminution du sérum, d'une augmentation des albuminates et de la fibrine. Une analyse récente de Boutmy indique une augmentation énorme de la quantité de la graisse (5,064 pour 1000) et de l'hématine (11,428 pour 1000). Ces accumulations sont, sans nul doute, dues à la suppression des sécrétions normales de la peau; certains auteurs veulent que, lors de la naissance des tubercules, le sang redevienne normal; mais c'est là un point qui reste encore à éclaircir.

Dans le système lymphatique les ganglions, à une période avancée de la maladie, s'hypertrophient et se ramollissent. J. D. Larrey a le premier signalé l'engorgement et l'hypertrophie des ganglions mésentériques. Notons aussi, en passant, que les ganglions du cou et de l'aîne, du coude ou de la région sous-maxillaire peuvent augmenter de volume au point de former, en ces ré-

gions, de véritables tumeurs, atteignant quelquefois la dimension d'un œuf de poule.

Les reins et les capsules surrénales sont presque toujours altérés à une période un peu avancée de la maladie. Les reins, d'abord hyperémiés, ne tardent point à se laisser envahir par les éléments de formation nouvelle qui s'accumulent dans tous les organes. Parfois la capsule propre est soulevée par des tubercules qui font saillie au-dessous d'elle, ou bien ces mêmes tubercules, après avoir ulcéré la capsule, adhèrent si intimement à celle-ci sur leurs bords, qu'on ne peut l'en séparer sans enlever avec elle des débris du parenchyme rénal. Enfin la surface entière du rein peut être convertie en une masse lardacée de couleur jaune blanc, qui ne laisse plus distinguer les diverses couches élémentaires de l'organe. Altérations de néphrite chronique, de néphrite interstitielle, de néphrite parenchymateuse, si bien représentées par Rayer dans son atlas, telles sont les lésions microscopiques que l'on observe dans ces cas. Il n'est point étonnant qu'alors l'urine, examinée au microscope, offre des débris épithéliaux ainsi que des *tubuli*, et que l'analyse chimique y démontre, pendant la vie, la présence d'une quantité d'albumine parfois très considérable. Quant aux autres modifications à noter dans l'urine, à part les changements de coloration et d'odeur (*odor hircinus*) indiqués par les auteurs anciens, nous avons encore à mentionner d'avance une diminution notable dans la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, phénomène dû, comme tous les autres du même genre, aux modifications profondes qu'éprouve la fonction sécrétoire de l'organe.

Les calices, les bassinets et les uretères peuvent se trouver remplis d'une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse; mais leurs parois ne paraissent pas contenir de tubercules.

Il n'en est pas de même de la vessie, dont la couche moyenne semble prédisposée à la formation de noyaux tuberculeux. On trouve également quelques-unes de ces tumeurs disséminées çà et là à la surface externe de cet organe, plus spécialement à la région que recouvre le péritoine, et dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; ce sont de petites masses dures, d'un aspect jaunâtre ou lardacé à la coupe, et qui sont formées, comme toujours, par une grande agglomération de cellules embryonnaires. Enfin n'oublions pas que la surface interne de la vessie peut être affectée des taches et des ulcérations que nous avons signalées sur les muqueuses d'une façon générale.

Chez l'homme, l'appareil génital est sujet, du côté de la peau des bourses et de la verge, à l'apparition de nombreux tubercules, en raison même de la laxité de l'enveloppe tégumentaire et du nombre de ses glandes. C'est, avec la face, le nez et les oreilles, un des organes le plus vite attaqués. La tunique vaginale du testicule ainsi que l'albuginée peuvent se trouver épaissies et indurées, (Virchow).

Le testicule est aussi plus ou moins compromis d'habitude; en certains cas il est petit, dur, et présente comme des rétractions cicatricielles. A la coupe, la substance de cet organe se trouve fortement colorée en gris brun. De ces rétractions cicatricielles partent des faisceaux tendineux, renfermant de petits foyers dont le contenu est jaune et mou. Kobner a vu, chez un lépreux, sur la queue de l'épididyme, une masse caséuse, mais sans y attacher d'autre importance.

Nous ne connaissons point de lésion du côté du canal de l'urèthre, ni du bulbe, ni du cordon; Danielssen et Boeck indiquent un certain degré de dilatation des vésicules séminales.

Chez la femme, les parties génitales externes sont,

comme chez l'homme, le siège de nombreux tubercules ; le mont de Vénus, les grandes et les petites lèvres, plus ou moins affectés, ont pu faire admettre par certains auteurs la contagion directe de la lèpre par le rapprochement sexuel.

L'utérus est lui-même fréquemment affecté de ces tumeurs, qui sont alors intra-utérines, sous-péritonéales ou intermusculaires.

« Non seulement les surfaces externes de l'ovaire, ainsi que de la matrice, sont garnies des tubercules mentionnés ; mais encore à la surface interne de la matrice se présente une infiltration inégale de matière tuberculeuse qui s'étend dans la substance même, et l'on rencontre aussi dans les trompes de Fallope un dépôt de cette nature en forme de rosaire » (Danielssen et Bœck, p. 226). Pour les altérations histologiques de l'ovaire, elles sont, sauf la différence des tissus, à peu près les mêmes que celles qui se présentent dans le testicule. Les follicules de de Graaf ont disparu, en sorte que la fécondation devient impossible.

5° *Organes des sens.* — Les organes de la vision sont toujours plus ou moins malades, parfois même détruits en totalité. Ces lésions ont attiré l'attention de tous les observateurs, nous y reviendrons en parlant des symptômes ; mais nous signalerons particulièrement sur ce point les recherches de deux médecins norvégiens, les docteurs Bull et Hansen (1). Les paupières sont gonflées, épaissies ; leur bord libre est parfois le siège d'indurations tuberculeuses à la suite desquelles les cils tombent ; la peau qui recouvre les paupières est dure, rigide, sans élasticité, en sorte que, si la maladie vient à envahir la conjonctive, il se produit bien vite un ectropion, assez semblable, comme on le voit, aux ectropions causés par

(1) Bull and Hansen, *The leprous Diseases of the Eye*. Christiania, 1873.

une cicatrice vicieuse de la peau des parties voisines. L'ouverture palpébrale est plus ou moins déformée : d'ordinaire elle tend à prendre une forme moins allongée, presque circulaire, en supprimant une partie du champ oculaire au moyen d'adhérences contractées avec la sclérotique. Par suite, les points lacrymaux sont plus ou moins affectés : tantôt ils sont détruits, tantôt ils sont seulement éloignés du globe oculaire. Dans les deux cas, le passage des larmes n'a plus lieu par le canal lacrymonasal ; de là, accumulation des larmes dans le sillon inférieur de la conjonctive, où il faut les essuyer avec soin, sans quoi elles coulent sur la joue et y déterminent un érythème. D'autres fois, la lésion porte sur la glande lacrymale et en altère la sécrétion, qui est parfois alors supprimée ; il en résulte des conséquences très graves : l'œil, n'étant pas suffisamment humidifié, se dessèche peu à peu des couches superficielles vers les couches profondes, et l'on peut constater, au bout de peu de temps, la perte complète de l'organe. Dans les deux éventualités que je viens d'indiquer : suppression du cours des larmes par les voies lacrymo-nasales, ou suppression de la sécrétion lacrymale, le malade éprouve toujours un sentiment de sécheresse du côté de la muqueuse des fosses nasales, et cette altération de la muqueuse de Schneider entraîne forcément avec elle des troubles du côté du sens de l'odorat ; nous y reviendrons.

La sclérotique est hyperémiée dans les premiers temps de la maladie. Cette hyperémie peut être générale ou partielle. Dans le premier cas, quand la fluxion est très étendue, on voit autour de la cornée un bourrelet rougeâtre, saillant, au fond duquel apparaît la membrane transparente, jusqu'alors intacte ; il y a donc un chémosis plus ou moins développé. D'autres fois, en cas d'hyperémie partielle, on voit çà et là des traînées de

vaisseaux dont l'origine peut être due à la présence d'une ulcération ou d'un tubercule. Enfin, des vaisseaux peuvent s'avancer jusqu'au bord externe de la cornée, et y donner lieu, soit à de la kératite vasculaire, soit même à un pannus. Danielssen et Bœck font dériver les affections du globe oculaire lui-même de la naissance et du développement de tubercules lépreux; mais elles peuvent exister indépendamment des tubercules, ainsi que cela résulte des observations de Bull et Hansen.

La sclérotique peut être envahie, dans sa totalité, par une coloration d'un blanc sale; en un point voisin de la cornée, apparaît une tache, d'un gris jaunâtre, qui tend à s'accroître; elle entraîne, sur la sclérotique voisine, la formation d'un lacis vasculaire; peu à peu, elle fait saillie au-dessus des deux membranes voisines, en s'étendant sur la cornée, où elle prend une couleur sombre. Déjà, à cette période, la tache est indurée et a l'aspect d'un tubercule, elle envahit graduellement la cornée dans toute son épaisseur et sur toute sa surface; elle est brunâtre, dure au toucher. Mais bientôt elle pénètre dans la chambre antérieure et va contracter des adhérences avec l'iris, qu'elle déforme. Alors le tubercule se ramollit et donne naissance à une matière d'un blanc jaunâtre qui envahit la chambre antérieure; la cornée est repoussée en avant et forme une saillie que les paupières ne parviennent pas toujours à recouvrir.

La cornée est parfois le siège d'un dépôt plus ou moins opaque, qui persiste ou qui disparaît avec le temps. Lorsqu'on examine au microscope ces dépôts disséminés çà et là, parfois sous la forme de kératites ponctuées, situées à des divers degrés de profondeur de la cornée, on aperçoit au-dessous de l'épithélium cornéen, d'après Bull et Hansen, des cellules arrondies, du volume d'un globule blanc du sang; ou plus petites encore, d'une coloration brunâtre ou jaune; ce sont des éléments

opaques ou finement granulés, dont l'accumulation se fait principalement le long des vaisseaux. En général, cette forme de kératite s'accompagne d'iritis.

Mais il peut arriver que la tache sclérotico-cornéale ne suive pas tout le développement que nous avons indiqué; elle reste stationnaire à l'état de tache et ne s'étend pas en profondeur dans le globe oculaire. Alors, au bout d'un certain temps, en un point quelconque de l'iris, apparaît une tache qui se développe comme un tubercule et remplit exactement de la même matière tuberculeuse la chambre antérieure; à la loupe, on aperçoit des filaments exsudatifs qui partent de l'uvée et s'étendent jusqu'à la capsule cristallinienne. Puis le tubercule envahit la chambre antérieure, sous la forme d'un gros pois qui fait saillie au-dessous de la cornée. Mais il est rare que ce tubercule se ramollisse et donne lieu à un hypopyon, susceptible de détruire l'œil.

L'iritis primitive est peu commune; mais elle se présente plus souvent dans la forme tuberculeuse que dans la forme anesthésique. Les milieux de l'œil deviennent opaques avec le progrès de la maladie, et la rétine s'affecte enfin, mais après des lésions secondaires graves de l'iris.

Quant aux altérations des parties plus profondes de l'œil, Lamblin n'a encore noté, à ce sujet, qu'un peu de congestion de la papille normale, et une légère dépigmentation de la choroïde.

La muqueuse de Schneider est également le siège de tubercules et d'ulcérations. Ces lésions peuvent se montrer sur les parois latérales et alors intéresser les cornets et les os du nez, ou se développer sur la paroi médiane, l'ulcérer et la détruire; en ce cas, le nez s'affaisse. Lorsqu'elles apparaissent sur la paroi inférieure, on les voit ulcérer le plancher des fosses nasales, la voûte osseuse du palais, et faire largement communiquer les premières

voies respiratoires et digestives. En même temps, ces ulcères lépreux sécrètent une sanie âcre et d'une odeur très désagréable. D'autres fois, ces produits de sécrétion se concrètent en croûtes jaunâtres, épaisses, sèches, pouvant acquérir une grande consistance, et dont l'accumulation, jointe à un certain degré de rétrécissement des organes, peut aller jusqu'à obstruer entièrement le passage de l'air par les voies ordinaires.

La langue porte souvent des tubercules dont le développement est exactement semblable à celui des tubercules de la peau; mais ils s'ulcèrent plus facilement, en raison de leur revêtement épithélial plus délicat et du passage incessant des aliments. Par places, on aperçoit des surfaces arrondies privées de papilles et laissant s'énucléer des petits amas de matière tuberculeuse, à la place desquels il reste de légers enfoncements anfractueux. Au microscope, même disposition qu'à la peau, tractus de cellules embryonnaires ayant presque effacé et détruit le tissu conjonctif; en même temps les fibres de la langue éprouvent une dégénérescence granulo-graisseuse. On comprend qu'avec ces phénomènes, le goût soit plus ou moins altéré et que la prononciation des mots devienne un peu plus difficile. Comme nous l'avons déjà dit, les lésions de la base de la langue s'étendent presque invariablement à l'épiglotte et au larynx. « Le laryngoscope, entre les mains de Moura-Bourouillon, et l'examen microscopique ont fait constater sur le larynx des lésions en tout semblables à celles de la peau. Ce sont d'abord des changements de coloration faciles à apercevoir sur les cordes vocales, qui, normales, ont une coloration si caractéristique. A ces taches succèdent des tubercules ou granulations tuberculeuses qui peuvent ressembler, à une certaine époque de leur évolution, à des papules syphilitiques, mais qui en diffèrent par leur vascularisation plus grande; quelquefois, elles prennent le caractère d'une

infiltration grisâtre déformant les cordes vocales » (Lamblin).

L'oreille est plus ou moins déformée; son lobule s'atrophie et la conque prend une forme arrondie. Le pavillon est parsemé le plus souvent de tubercules durs; c'est, on le sait, une des premières régions envahies, en raison de sa grande vascularité et des nombreux follicules sébacés qu'elle renferme dans son épaisseur.

6° *Séreuses*. — Les séreuses articulaires deviennent assez rapidement malades, spécialement dans la forme qu'on a appelée lèpre mutilante; les orteils, les doigts des mains, parfois même des membres entiers sont séparés du reste du corps, et cette séparation se fait au niveau des surfaces articulaires. Hjaltelin est le seul auteur qui ait essayé, bien incomplètement encore, il est vrai, d'exposer le procédé morbide qui préside à cette disjonction. « Il s'élève, dit-il, à la face interne des doigts et des orteils, surtout près des articulations, des crevasses (rhagades) profondes, transversales, à bords durs et couenneux; ces ulcères détruisent plus tard les ligaments aux bords, tant capsulaires que latéraux, d'où résulte la chute des articulations l'une après l'autre, jusqu'à ce que tous les orteils et les doigts aient définitivement subi le même sort, ce qui a coutume d'arriver sans la moindre hémorrhagie. »

Parmi les grandes séreuses viscérales, le péricarde s'est montré recouvert çà et là de taches, épaissi et induré; parfois aussi, par suite d'adhérences, la cavité de la séreuse a été plus ou moins effacée. Dans un cas soumis à mon observation, la mort a été le résultat d'une péricardite, et, à l'autopsie, j'ai trouvé les deux surfaces du péricarde parsemées de fausses membranes épaisses et la cavité péricardique remplie d'un liquide séro-sanguin. La forme hémorrhagique de la maladie était d'ailleurs suffisamment expliquée par l'état de faiblesse

extrême du malade au moment où se développa l'inflammation séreuse.

La plèvre est plus souvent affectée que le poumon qu'elle recouvre; d'après Danielssen et Bœck, les pleurésies lépreuses ne sont pas rares. Là, on rencontre la maladie à diverses périodes de son développement; sur la plèvre diaphragmatique, ce sont ordinairement de simples taches, tandis que la plèvre pulmonaire est épaissie, séparée par des tubercules du tissu pulmonaire sous-jacent, ou adhérente à la plèvre costale; celle-ci offre même des tubercules et des ulcères superficiels capables de prendre une grande extension. Entre les feuillettes de la séreuse, il peut se faire une adhérence telle que la cavité s'en trouve effacée; on y rencontre un grand nombre de granulations tuberculeuses, et l'on ne saurait, sans l'aide du bistouri, détacher l'une de l'autre les deux surfaces de la séreuse.

Le péritoine lui-même se trouve envahi en totalité ou en partie. De place en place, entre les anses intestinales, au-dessous de la couche sous-péritonéale, il se fait un amas de matière tuberculeuse, et ce fait donne lieu à des adhérences multiples. Comme nous l'avons indiqué déjà plus haut, les ganglions mésentériques sont engorgés et ramollis. Les épiploons ont été trouvés, par Danielssen et Bœck, convertis en une masse d'un jaune blanc, dure et granuleuse.

Les autres séreuses ont été déjà étudiées au point de vue pathologique en même temps que les organes qu'elles enveloppent.

7° *Système nerveux.* — Jusqu'ici les auteurs s'accordent à dire que les centres nerveux, cerveau, protubérance, bulbe, n'ont jamais présenté aucune lésion connue. De nouvelles recherches sont nécessaires dans ce sens, quoique Danielssen et Bœck ne signalent aucune autre altération que l'épaississement des membranes pro-

tectrices de l'encéphale et la présence d'un épanchement séreux dans les ventricules.

Il n'en est plus de même, si nous considérons la moelle: là nous trouvons signalée dans l'arachnoïde une plus grande quantité de sérosité qu'à l'ordinaire (Rayer) (1), en même temps qu'une légère injection de la pie-mère (Hjaltelin). L'épanchement séreux de la cavité arachnoïdienne fait adhérer fortement entre elles l'arachnoïde et la pie-mère; il est circonscrit, borné à la région cervicale ou à la région lombaire, moins souvent à la région dorsale, et il siège principalement à la partie postérieure de la moelle, recouvrant parfois les racines postérieures des nerfs spinaux. Les veines de la surface postérieure de la moelle sont gorgées de sang, et, peu à peu, avec les progrès de la maladie, il se fait aussi une exsudation séreuse entre la dure-mère et l'arachnoïde; le feuillet de cette dernière accolé à la pie-mère peut devenir lui-même assez épais pour ressembler à la membrane fibreuse. La substance médullaire est aussi profondément modifiée: elle est endurcie, sclérosée aux points où siégeait l'exsudation albumineuse: la moelle crépite sous le couteau, et elle a comme une consistance cartilagineuse; la substance grise est devenue d'une couleur jaunâtre. Il y aurait, d'après les médecins suédois, une raréfaction des cellules de la substance grise, et une dilacération des filets nerveux primitifs, surtout dans les points sclérosés.

Lorsque l'exsudation environne certaines branches postérieures des nerfs, les plexus axillaire et ischiatique et quelques nerfs sont parfois atrophiés, mais seulement dans leur portion située à l'intérieur du canal vertébral.

Les nerfs crâniens, à leur origine, sont parfois plongés dans cette espèce de gangue que nous venons de signaler

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 335.

autour de la moelle : ce sont principalement les cinquième, sixième, septième et huitième paires de nerfs. Le ganglion de Gasser a particulièrement attiré l'attention des observateurs ; on y observe, comme à la moelle, une exsudation séro-albumineuse épaisse et opaque, ayant collé ensemble les filets nerveux du ganglion.

Les nerfs de la peau ont subi une atteinte profonde ; on y observe les lésions histologiques de la périnévrine chronique. Virchow indique que, dans ce cas, on aperçoit une prolifération de tissu nouveau qui siège dans l'intervalle des tubes nerveux, et également dans le névrième, qui est fort épaissi ; les vaisseaux y sont également dilatés (1). A l'œil nu, la tuméfaction des nerfs peut former des renflements et des étranglements par places, ou des sortes de chapelets. Les mêmes lésions s'observent également sur les nerfs du tissu cellulaire sous-cutané, sur ceux des organes et des viscères. Mais, au lieu d'une périnévrine chronique, on peut rencontrer aussi parfois, au microscope, les lésions de la sclérose, et à l'œil nu, l'atrophie et l'endurcissement des nerfs.

L'étude des altérations du grand sympathique est peu avancée : nous nous bornerons à dire que Danielssen et Bœck ont trouvé le ganglion cœliaque malade, converti en une masse homogène, ne laissant plus trace de sa structure et de sa continuation avec les nerfs splanchniques.

Ces lésions du système nerveux sont bien insuffisantes pour expliquer les symptômes et les altérations de nutrition qui sont probablement sous la dépendance du trouble des fonctions nerveuses ; il est évident qu'il doit y avoir des altérations, surtout dans la partie des centres nerveux chargée des fonctions trophiques, et il est à

(1) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, trad. par Aronsohn. Paris, 1867, t. II.

penser que le moment n'est pas éloigné où des recherches anatomo-pathologiques plus exactes et plus minutieuses viendront combler cette lacune dans l'histoire de l'éléphantiasis.

Maintenant que nous avons étudié avec soin les lésions multiples causées par la lèpre, voyons si nous pourrions tirer quelques conclusions au point de vue de la physiologie pathologique.

Ici l'expérimentation vient nous apporter son concours. Les beaux travaux de Charcot sur les lésions traumatiques des nerfs nous ont fait voir qu'à la suite de tiraillements, déchirures, brûlures, etc., d'un nerf cutané, on peut voir apparaître, à la surface de la peau innervée par ce filet nerveux, des vésicules ou des bulles (éruptions zoniques ou pemphigoïdes) ; le caractère de ces éruptions est d'être brusque et de se montrer à l'endroit même innervé par le nerf ; puis vient une induration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, à la suite de taches sur l'enveloppe cutanée ; enfin la peau s'épaissit ; elle devient lisse, pâle et comme anémique (*glossy-skin* des chirurgiens anglais).

N'est-ce pas ce qu'on observe dans la lèpre ? A la peau, des taches anesthésiques, l'apparition de vésicules ou de bulles qui laissent des ulcérations lentes à se cicatriser ; puis cessation des fonctions des glandes, suppression de la sueur, de la sécrétion sébacée, décoloration, enfin chute des poils et des ongles. Et pour expliquer ces altérations cutanées, les lésions d'une névrite, de la sclérose et l'atrophie des nerfs ; la lésion gagne la moelle épinière, et de là revient sur les gros nerfs des muscles qui s'atrophient, et sur ceux des organes qui, comme le foie, se congestionnent d'abord, pour finir ensuite par s'atrophier.

Pour compléter l'histoire des altérations anatomiques de la lèpre, je dois ajouter que le docteur Armauer Hardy.