

La scarlatine, la rougeole, la varicelle, bien que fréquentes, n'offrent aucune particularité à noter.

L'érysipèle a une influence un peu moins grave que la varioloïde, mais il stimule l'évolution des tubercules.

Les angioleucites de la peau entraînent, comme complications, des adénites inguinales ou axillaires. Les eczémas chroniques peuvent donner lieu aux mêmes symptômes.

La gangrène de la peau ou des organes internes, les hémorrhagies, les abcès sont des accidents qui se rattachent à la maladie, plutôt que des complications.

Mais la lèpre peut se trouver compliquée de syphilis. Autrefois, à l'époque d'apparition de cette dernière affection, et quand on n'en connaissait pas encore bien les symptômes, on a pu confondre ensemble les deux maladies.

Cette erreur était d'autant plus excusable, d'après Danielssen et Bœck, que la maladie décrite en Norvège sous le nom de *radesyge*, et dans laquelle certains auteurs voient la lèpre, ne serait elle-même qu'une forme maligne de la syphilis. Quoi qu'il en soit, un lépreux peut être atteint de la syphilis, et c'est là un grand malheur; car la *spédalskhed* ne supporte pas le mercure, et, dans ce cas, on a de la peine à s'opposer aux progrès de la syphilis.

Enfin, sur l'autorité de Gordon, Danielssen et Bœck disent que la lèpre et la fièvre quarte seraient antagonistes. Il suffirait alors de prendre la fièvre quarte pour échapper à la lèpre. Cette assertion a besoin de nouvelles observations pour être acceptée.

En dernier lieu, il faut savoir que la lèpre se complique, spécialement dans sa forme anesthésique, de lésions rénales dont aucune douleur ne vient parfois révéler la présence: œdème des membres inférieurs, albumine dans l'urine. Le malade succombe alors avec tous les

symptômes de la néphrite albumineuse, et particulièrement avec une anasarque généralisée.

Diagnostic. — L'étude sémiologique de l'éléphantiasis des Grecs comprend deux ordres de faits: le malade est-il réellement atteint de la lèpre? C'est là le diagnostic différentiel proprement dit. Si la maladie est confirmée, il reste à faire le diagnostic de la marche et de la forme de l'affection.

Au point de vue du diagnostic différentiel, on pourrait confondre la lèpre avec le mycosis fongicoïde, avec l'éléphantiasis des Arabes, avec certaines ulcérations syphilitiques, avec la sclérodémie. Il est difficile, du reste, qu'un observateur attentif puisse méconnaître une entité morbide aussi caractérisée que la lèpre; mais sa rareté dans nos climats doit légitimer les détails dans lesquels nous allons entrer.

Le mycosis fongicoïde est caractérisé par la présence de taches rouges, de plaques lichénoïdes et de tumeurs fongicoïdes, qui peuvent s'affaisser et disparaître spontanément, ou s'ulcérer et s'agrandir, en donnant naissance à un pus ichoreux et fétide, qui baigne une surface anfractueuse, parfois fort étendue. Mais, ainsi que le fait observer Gillot (1), ces tumeurs ne sont pas précédées, comme dans la lèpre, d'anesthésie et de taches livides; c'est là un caractère absolument essentiel de l'éléphantiasis des Grecs. En outre, l'affection est locale; elle affecte une prédilection marquée pour les membres et se développe rarement à la face.

Je ne ferai qu'indiquer ici l'éléphantiasis des Arabes, que l'on ne saurait certes prendre pour la lèpre; en effet, il se localise habituellement sur un des membres dont il affecte en général le système lymphatique, et auquel il imprime cette forme et cette dureté de la peau caracté-

(1) Gillot, *Thèse de doctorat*. Paris, 1869.

ristiques que tout le monde connaît. Le seul cas d'erreur possible est celui où l'apparition de la maladie serait précédée d'affections chroniques de la peau, eczémas, lichens, etc.; du reste, ni taches, ni insensibilité.

Le diagnostic le plus difficile est celui de la lèpre et de la syphilis. J'ai vu souvent, surtout dans nos climats, attribuer à la syphilis les éruptions et les ulcérations éléphantiasiques. Il est vrai que les tubercules ont une couleur à peu près identique dans les deux maladies; mais, dans la syphilis, les ulcérations sont arrondies, leurs bords sont adhérents, taillés à pic; les croûtes qui les recouvrent sont dures, inégales, épaisses, d'une coloration d'un vert foncé, tandis que dans la lèpre les ulcères sont plus étendus, leurs bords sont souvent décollés et les croûtes sont moins plastiques, moins adhérentes et sans coloration spéciale. D'autre part, dans les régions où existent les tubercules lépreux, on voit apparaître un œdème sous-cutané amenant une déformation spéciale, bien marquée aux oreilles, au visage, aux mains, aux pieds. Il y a des taches antérieures aux tubercules, ou coexistant avec eux. On note des altérations de la sensibilité en plus ou en moins, et cette dernière circonstance est très importante. Dans les cas douteux, on doit savoir, d'ailleurs, que le traitement constitue un précieux moyen de diagnostic: l'administration combinée du mercure et de l'iodure de potassium amène, dans la syphilis, une prompte amélioration, tandis qu'elle causerait, dans la lèpre, une aggravation de tous les symptômes.

L'apparition d'accidents fébriles au début de la lèpre a pu, dit-on, faire croire à l'existence d'une fièvre intermittente. Je crois peu à cette confusion; ce serait alors sur les commémoratifs que l'on devrait insister, sur la santé générale du sujet, sur la périodicité des accès. Ici encore un spécifique pourrait donner la clef du dia-

gnostic; le sulfate de quinine éclairera le médecin, à moins, condition fort rare, qu'il n'ait affaire à une lèpre compliquée d'accès intermittents.

La sclérodémie est d'un diagnostic plus délicat: on peut y retrouver l'état luisant, l'épaississement de la peau, des bulles et des ulcérations; mais dans la sclérodémie, l'hyperesthésie, l'anesthésie et l'atrophie musculaire, quand elles existent, sont beaucoup moins prononcées que dans la lèpre, et il n'y a pas de tubercules.

L'examen de la sensibilité devra faire reconnaître les éphélides et le vitigilo, et les faire distinguer des taches de la lèpre; souvent, en effet, surtout aux colonies, les éphélides sont larges et nombreuses, et simulent les taches livides de l'éléphantiasis des Grecs.

La marche de la maladie a son intérêt: c'est elle qui permettra au praticien d'indiquer la gravité et la durée probable de l'affection. Quant au diagnostic de la forme, il est facile à résumer après l'étude que nous avons faite de tous les signes de la lèpre: taches, insensibilité, tubercules, ulcérations, forme tuberculeuse; éruptions bulleuses, lividité de la peau, insensibilité, amaigrissement, distorsion des membres, chute des articulations, forme anesthésique. Rappelons que les deux formes peuvent se compliquer l'une l'autre.

Pronostic. — Il va sans dire que le pronostic d'une affection telle que la lèpre est toujours des plus graves. Nous avons vu que la guérison est rare, et que la terminaison la plus habituelle est la mort. Mais, si on ne guérit pas la lèpre, est-ce une raison pour l'abandonner à elle-même? Non, sans doute, et des soins constants et éclairés peuvent la modifier dans un sens favorable, et venir également changer un peu la gravité du pronostic. C'est ainsi que nous avons constaté une grande amélioration chez les Européens qui ont contracté la lèpre dans les pays chauds, et qui sont venus se faire soigner

en Europe. Un changement de climat, une bonne hygiène, l'absence des grandes variations de température, la salubrité plus grande des habitations, et, par-dessus tout, un régime sévère, tels sont les agents de cette amélioration. Mais, si nous pouvons ainsi enregistrer un arrêt au moins momentané dans la marche de la lèpre, il faut, par contre, noter la gravité exceptionnelle qu'imprime la présence d'une complication ou d'une maladie intercurrente. La forme anesthésique paraît d'un pronostic plus grave que la forme tuberculeuse, bien que celle-ci semble avoir une durée notablement plus courte. La coïncidence de la syphilis et de la lèpre doit être regardée comme une des conditions les plus défavorables; car le traitement de la première, selon les auteurs, viendrait considérablement aggraver la seconde. Enfin, nous avons déjà dit que l'apparition de la lèpre, à l'âge de la puberté, est une circonstance fâcheuse, et que, d'après Danielssen et Bœck, la maladie développée à cet âge serait plus grave et plus rapide.

Causes. — L'étiologie de la lèpre a été depuis bien longtemps, et sera pendant bien des années encore, l'objet des désaccords les plus complets entre les divers auteurs qui ont étudié cette maladie. Son mode d'apparition à la surface du globe, ses relations avec les maladies éteintes aujourd'hui, ou avec des entités morbides nouvelles aux époques reculées où elle s'est montrée dans certains pays, sa transmission, l'influence des climats et du régime ont soulevé des discussions qui durent encore aujourd'hui. Envisagée par les divers auteurs dans les contrées les plus opposées, elle n'a guère fourni des renseignements généraux centralisés qu'entre les mains de Danielssen et Bœck et des auteurs venus après eux. Encore les renseignements que l'on trouve sur ces diverses questions sont-ils parfois contradictoires et exposés le plus souvent sous la forme du doute.

Les causes de la spédalskhed sont internes ou externes.

Les causes internes comportent l'examen des questions suivantes : l'hérédité, le développement spontané, la contagion, l'âge et le sexe.

C'est un fait avéré maintenant que l'hérédité joue un rôle prépondérant dans le développement de la lèpre. La plupart des auteurs ont admis cette proposition; certains autres, néanmoins, ne sont disposés à lui attribuer qu'une influence très secondaire; les uns l'admettent directe, transmise des parents aux enfants; d'autres l'acceptent plus ou moins éloignée, sautant une ou deux générations, c'est-à-dire transmise des grands-parents aux petits-enfants ou arrière-petits-enfants; d'autres enfin n'admettent que la transmission collatérale, c'est-à-dire la lèpre sautant irrégulièrement plusieurs générations et se montrant sur plusieurs membres d'une même famille, mais rarement en suivant la ligne directe. Danielssen et Bœck reconnaissent, dans une très forte proportion, l'influence héréditaire : sur 147 lépreux tuberculeux, 127 avaient eu des parents atteints de la même maladie; et sur 68 anesthésiques, 58 étaient dans le même cas. Tels sont les résultats de la statistique de l'hôpital Saint-Georges, à Bergen. Adams rapporte des faits identiques, d'après les relevés de l'hôpital de Funchal, à Madère. Enfin, on aurait cru remarquer, dans l'hérédité, la fréquence et la gravité plus grande de la lèpre dans les seconde et quatrième générations que dans les première et troisième.

Il est donc constant que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de la lèpre, et je ne saurais aller à l'encontre de cette proposition, qu'il m'est impossible de contrôler.

Le développement spontané de la maladie est toutefois un fait acquis maintenant. Dans nos climats, il est assez rare, et même exceptionnel; on en trouve un fait rap-

porté dans le travail de Lamblin ; en outre, Danielssen et Bœck en ont cité des exemples. Toutefois, comme le fait fort bien remarquer le docteur Brassac, les faits de lèpre spontanée, chez des individus de notre pays, ont été presque constamment ceux de sujets ayant contracté la maladie dans des contrées où celle-ci est endémique, et l'ayant rapportée avec eux à leur retour en France ; dans la même catégorie, il faut ranger les malades ayant habité dans des pays étrangers, et atteints de la lèpre après un séjour plus ou moins prolongé dans nos climats.

La contagion est encore l'objet de discussions beaucoup plus grandes que l'hérédité ; les uns l'admettent, d'autres la repoussent ; certains se tiennent dans un juste milieu, mais ils ne la nient pas absolument. Les prescriptions si sévères de la loi de Moïse et l'établissement de léproseries dans un grand nombre d'États paraissent assez favorables aux partisans de la contagion. De nos jours, le champion le plus éclatant de cette doctrine est, sans contredit, Schilling, qui l'admet complètement, puisqu'il prétend qu'un lépreux, atteint seulement de taches, peut contaminer tous ceux qui vivent avec lui, alors même qu'il n'en est encore qu'à la période d'invasion.

Cette transmission se ferait, d'après les différents auteurs, par diverses voies. Les uns pensent que l'air peut être un véhicule (Arnaldus, Schilling) aussi bien que l'haleine et les sécrétions des ulcères. D'autres croient que c'est par les vêtements ou par la cohabitation (Richter) que la lèpre se transmet ; un mari lépreux infecterait sa femme, et réciproquement. Un enfant lépreux contaminerait sa nourrice ; mais, dans ce cas, la réciprocité n'aurait pas lieu. Cette idée de la contagion est surtout une idée ancienne ; les modernes, au contraire, paraissent disposés à la combattre. Il est fréquent de trouver, dans le mariage, un des deux époux lépreux sans que l'autre le devienne, ou des enfants de mêmes parents dont les

uns deviennent lépreux et non les autres. A cette opinion se rattachent Rayer, dont l'un des élèves avait revêtu les vêtements d'un lépreux sans en éprouver le moindre mal, et Godart, Bazin et Brassac. Enfin, notons aussi que ce sont les idées de Danielssen et Bœck, si compétents en la matière : « Parmi la foule de spédalsques, disent-ils, que nous avons observés par centaines, et que nous avons journellement fréquentés, il n'existe pas un seul exemple dans lequel le mal se soit étendu par contagion. Nous connaissons beaucoup de gens mariés dont l'un a été spédalsque, qui ont vécu nombre d'années ensemble, et conjugalement, sans que l'autre ait été attaqué de la maladie... C'est aussi un grand bonheur pour notre pays que la spédalskhed n'y soit pas contagieuse ; car, s'il en eût été autrement, elle eût immolé un bien plus grand nombre de victimes » (p. 341).

Aucun auteur contemporain n'a rapporté d'exemple de contagion de lèpre effectuée dans les pays où la lèpre n'existe pas ; on peut donc considérer les lépreux qui sont venus en France comme n'étant pas susceptibles de transmettre la maladie aux personnes avec lesquelles ils se trouvent en contact et en communication.

Mais, depuis quelques années, l'opinion qui fait de la lèpre une maladie contagieuse tend à reparaître et à s'imposer. En s'appuyant sur des faits récents, cette opinion sur la faculté contagieuse de la lèpre a été très bien exposée à l'Académie de médecine (séances des 13, 20 et 27 octobre 1885) par le docteur Vidal, à propos d'un travail du docteur Zambaco, de Constantinople, refusant d'admettre la contagion comme cause de la propagation de la lèpre en Turquie. Voici les arguments principaux fournis en faveur de la contagion : d'abord une observation du docteur Hawtruz-Benson, qui, après avoir constaté l'existence de la lèpre chez un homme ayant habité les Indes, et qui en mourut, vit la même affection se dé-

velopper avec des caractères incontestables chez le frère du malade, lequel pendant un an avait couché avec lui et avait porté les mêmes vêtements; à côté de ce fait, le docteur Vidal a cité le cas d'une femme devenue lépreuse six ans après que son mari avait eu les premières manifestations de la maladie. Quelques autres exemples analogues peuvent être cités; mais le fait le plus considérable en faveur de la contagion est certainement ce qui est arrivé aux îles Sandwich, où il paraît établi que la lèpre n'existait pas, lorsque, en 1853, on constata qu'un coolie chinois était atteint d'éléphantiasis; c'était alors le seul lépreux dans l'île, et, huit ans plus tard, quelques-uns de ses voisins et de ses amis furent infectés; dès lors la maladie s'étendit progressivement, avec une telle intensité, que vingt-sept ans plus tard, en 1880, on pouvait évaluer à environ deux mille le nombre des lépreux des îles Sandwich, dont la population est à peine de quarante-quatre mille habitants. Il semble que le même fait d'importation de lèpre ait eu lieu à l'île Maurice en 1665, époque à laquelle un navire danois y laissa un passager atteint de la lèpre; depuis ce moment, la maladie s'y établit progressivement, et aujourd'hui le nombre des lépreux est considérable (1).

Les faits que je viens de citer sont des arguments qui paraissent très concluants en faveur de la contagion, et on comprend très bien qu'ils aient ému certains médecins, à la tête desquels on peut placer le docteur Hansen (de Bergen), et qu'ils les aient engagés à réclamer comme une mesure hygiénique nécessaire l'isolement des lépreux. Néanmoins, je répéterai que la question n'est pas encore tranchée, et que l'opinion qui fait de la lèpre une maladie contagieuse et inoculable, c'est-à-dire se transmettant par le contact et à la faveur d'une excoriation

(1) *Annales de dermatologie*, novembre et décembre 1885, p. 666.

cutanée, est probable, mais ne peut pas être admise encore comme une vérité démontrée scientifiquement.

L'âge paraît une circonstance très secondaire dans l'étiologie de la lèpre; c'est principalement chez les adultes qu'on l'a observée; quoique moins fréquente dans le bas âge, elle peut exister cependant, et elle peut se développer chez les vieillards. Quelques auteurs ont prétendu que l'époque de la puberté est l'âge le plus favorable à la production de la maladie; mais on a besoin de nouveaux faits pour être fixé sur ce point.

L'influence du sexe a une certaine importance: d'une façon générale, sur huit lépreux, on rencontre cinq hommes et trois femmes; celles-ci y seraient donc moins prédisposées, ainsi que la chose ressort, du reste, des recherches d'Aétius, d'Archigène et des médecins du moyen âge.

Une erreur, dont on est fort heureusement depuis longtemps revenu, consistait à admettre que les eunuques n'ont jamais la lèpre; de là cette pratique barbare, dans quelques contrées où la maladie est endémique, de castrer les jeunes gens, pour les en préserver.

Les causes externes peuvent tenir au climat et aux conditions d'habitation, au régime, aux affections morales et à des violences extérieures.

Les climats exercent une action très importante sur la naissance de la lèpre et sur son développement; il y a des pays où la maladie est commune, d'autres où elle est inconnue; les températures extrêmes favorisent beaucoup le développement de l'affection; une grande chaleur et un froid excessif sont les agents de cette influence. Divers auteurs ont voulu que la lèpre des pays chauds fût susceptible d'un développement plus grave et plus rapide que celle des pays froids; mais les travaux de Danielssen et Bœck sont là pour établir le peu de solidité de cette proposition.

L'existence d'une chaleur humide, l'habitation au bord de la mer ou des grands cours d'eau, les variations soudaines de température, l'habitation dans des huttes ou des cabanes mal exposées, mal closes, l'omission des règles de la plus élémentaire hygiène sont autant de causes à adjoindre à l'influence des climats. Il est important, selon nous, de faire remarquer ici que c'est surtout pour n'avoir pas obéi aux prescriptions hygiéniques, différentes dans les pays chauds de celles de nos contrées, que les Européens s'exposent à contracter dans leurs voyages la lèpre qu'ils rapportent en France, et qui s'est développée alors bien évidemment en dehors de toute influence héréditaire. J'aurai à revenir sur ces questions de climatologie en traitant de la distribution géographique de la lèpre.

Le régime alimentaire est aussi important à considérer. On a beaucoup accusé l'usage du poisson salé, gâté, ou même frais; il est incontestable que chez les pêcheurs qui vivent aux bords de la mer, exposés aux intempéries des saisons, mal vêtus, assez mal nourris, le régime exclusivement ichtyophagique peut être nuisible; mais il n'y a pas que cette nourriture qui puisse favoriser le développement de la spédalskhed. Les aliments gras, la chair de porc, les graisses sont essentiellement nuisibles dans les pays chauds, et nul doute que ce ne soit sous l'influence de principes hygiéniques que Moïse en ait autrefois défendu l'usage à son peuple. Larrey rapporte également qu'en Orient une alimentation composée d'aliments gras est regardée comme une cause prédisposante de la lèpre. Enfin l'usage de l'eau-de-vie, surtout de qualité inférieure, peut exercer une action dans le même sens.

On a voulu aussi prétendre que la lèpre est une maladie de la classe pauvre et qu'elle n'attaque point les individus riches. C'est là une grande erreur; en effet, Danielssen et Bœck indiquent que les plus grandes familles

de leur pays ont été affectées dans leurs ascendants, et que plusieurs rois de Norwège et d'Angleterre n'ont pas échappé à cette affreuse maladie. A Paris, nous voyons venir un assez grand nombre d'individus riches atteints de lèpre, et qui ont quitté leur pays dans l'espérance de trouver la guérison par le changement de climat.

Les affections morales ont été signalées au nombre des causes de la lèpre; c'est ainsi que l'explosion d'une violente colère peut, d'après Fuchs, entraîner la naissance de la spédalskhed. Peut-être pourrait-on se hasarder à mettre un peu en doute l'action de ces causes, ou même faire observer que si la lèpre est ainsi apparue brusquement par des taches chez des gens si violemment émus, c'était parfois la manifestation subite d'un état latent héréditaire ou acquis.

Les violences extérieures ne nous semblent pas devoir être admises comme causes de la lèpre: « Gislesen est le seul auteur qui, autant que nous le sachions, ait cru la spédalskhed susceptible de naître par l'effet d'un traumatisme, et il en cite deux cas, propres, à son avis, à servir de preuve » (Danielssen et Bœck, p. 99).

Distribution géographique. — Après l'étude des causes principales de la lèpre, nous allons essayer de retracer sa distribution géographique actuelle en Afrique, en Asie, en Europe et en Amérique.

Dans l'Égypte, qui a été considérée comme le berceau du fléau, la lèpre existe encore à l'état endémique dans le bassin du Nil, sur les côtes de la Méditerranée et de la mer Rouge.

En Abyssinie, on la rencontre assez souvent (1), puisqu'elle affecte même les habitants des montagnes; mais

(1) Aubert Roche, *De l'acclimatement des Européens dans les pays chauds*, chap. IV (*Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*, Paris, 1846, t. VII, p. 18).

on n'a pas de renseignements sur son existence en Nubie.

Brocchi assure qu'elle serait inconnue dans le Sennaar ; mais elle est fréquente dans le Darfûr et le Soudan, et on l'observe à l'état endémique sur la côte septentrionale de l'Afrique.

En Algérie, elle a été étudiée par les médecins militaires français, et Beaudouin a cru remarquer qu'elle était moins fréquente dans les pays de dattes que dans les autres contrées.

Au Maroc, les auteurs anglais la mentionnent ; Hoest, Lamprière et Jackson en parlent aussi.

Dans la Sénégambie, elle serait plus rare sur les côtes, à Gorée, à Saint-Louis, que dans l'intérieur des terres, où l'on rencontre, d'après Thévenot (1), des ondulations fréquentes de terrain et des marécages.

Sur les côtes occidentales de l'Afrique, on observe la lèpre depuis la Sierra-Leone jusqu'aux côtes du Congo ; mais elle disparaît dans le pays de Dahomé et dans le Fellah pour se montrer de nouveau dans la colonie du Cap, où existent actuellement encore deux léproseries.

Elle est endémique aussi à Madagascar, à Maurice, à Bourbon, en Mozambique, à Sainte-Hélène, aux Açores. Enfin elle est assez répandue dans l'île de Madère, et Funchal, capitale de cette île, possède encore une léproserie.

En Asie, on rencontre la lèpre en Arabie, en Syrie, en Palestine, et même, d'après Pruner (2), sur les points les plus élevés du Liban.

Dans la Perse, elle est très répandue, surtout au nord-ouest de Téhéran, dans le district de Chamsé et dans les

(1) Thévenot, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds et spécialement au Sénégal*. Paris, 1848.

(2) Pruner, *Die Krankheiten des Orients vom Standpunkte der vergleichenden Nosologie*. Erlangen, 1847.

villes de Sendscham et de Kaswin ; les lépreux y habitent par colonies, en dehors des villes et dans un grand état de misère.

Dans le Bokhara, Burnes décrit la maladie comme fréquente sous les noms de *mukkow* et de *kolee* (1).

L'Inde renferme encore une grande quantité de lépreux ; ils sont moins nombreux dans le Dekkan, mais on en voit beaucoup sur les côtes orientales. L'hôpital des lépreux de Madras en a admis 212 en 1851 et 1852, et, d'après Morehead (2), celui de Bombay en aurait reçu 391, de 1848 à 1853 inclusivement. Dans l'île de Ceylan, c'est sur les côtes qu'on rencontre le plus d'éléphantiasiques ; il y a une léproserie à dix lieues de Columbo. Dans la presqu'île de Malacca, elle est fort répandue dans le bas peuple, pour lequel, du reste, existe un hôpital ; à Java, à Sumatra et dans l'archipel Indien, elle est fréquente ; mais elle est rare à Amboine.

D'après les récits des voyageurs, l'Australie ne paraît pas épargnée par la lèpre.

Elle règne épidémiquement aux îles Sandwich depuis 1868, et le roi d'Honolulu a dû prendre des mesures d'exception à l'égard des lépreux, en les isolant et les faisant soigner dans une île voisine (3).

La spédalskhed est si commune en Chine que, d'après Lockhardt, Wilson, Hobson et autres, on y trouve des léproseries remplies de malades, comme cela était en Angleterre, avant le quinzième siècle.

Le Kamtchatka renfermerait, dit-on, un assez grand nombre de lépreux ; mais, à ce propos, Hirsch se de-

(1) Burnes, *Calcutta med. Transactions*, vol. VII, p. 460.

(2) Morehead, *Clinical Researches on Diseases in India*, 2^e edit London, 1860.

(3) Le *Journal officiel de la République française* donne une statistique des décès (juin 1874, p. 4107).