

modos d'introduction des bacilles virulents dans le sang. Quoique en théorie cette pénétration puisse être primitive, elle est, dans la plupart des cas, secondaire à l'ouverture, dans un vaisseau, d'un foyer tuberculeux ancien (*loi de Bühl*). Il s'agit souvent d'une tuberculose locale, depuis longtemps silencieuse (tuberculose ganglionnaire, osseuse, articulaire, cutanée, génitale, et, le plus souvent, pulmonaire), et qu'un examen anatomique minutieux parvient généralement à découvrir.

XXXI. — PSEUDO-TUBERCULOSES

Définition. — Notions étiologiques. — Sous le nom de *pseudo-tuberculoses*, on désigne une classe d'affections imputables à des parasites divers, mais engendrant tous des lésions, qui, à l'œil nu, comme au microscope, simulent celles de la tuberculose de Koch. On sait, du reste, que l'injection intra-veineuse aseptique de corps inanimés, tels que poudre de lycopode, de cantharide, poivre de Cayenne, huile de croton, suffit à réaliser des tuberculoses expérimentales, anatomiquement typiques. Des pseudo-tuberculoses, les unes, observées fortuitement, sur des animaux de laboratoire, n'ont qu'un intérêt théorique; d'autres, exclusives à certaines races animales, intéressent l'art vétérinaire; telles sont: la pseudo-tuberculose provoquée, chez le mouton, par les œufs du *pseudalius ovis pulmonalis* ou *pneumonie vermineuse*; celle qui résulte, encore chez le mouton, ou chez le chien, d'embolies formées par les œufs du *strongylus vasorum* (*strongylose*). Enfin, certaines pseudo-tuberculoses frappent l'homme et, à ce titre, intéressent directement le médecin.

Il en est ainsi: de la *tuberculose zooglycique* de Malassez et Vignal, des *pseudo-tuberculoses bacillaires* de Du Cazal et Vaillard, Hayem et Lesage, etc., variétés exceptionnelles, et surtout de la *pseudo-tuberculose aspergillaire* ou *aspergillose*, étudiée par Dieulafoy, Chantemesse, Widal et Rénon; affection bien moins rare, dont la connaissance est indispensable au clinicien.

Tuberculose aspergillaire. — Morphologie et biologie du parasite. — *L'aspergillus fumigatus*, de la famille des *ascomycètes*, est l'agent causal de cette affection; il est essentiellement formé d'un *mycélium* dont certains rameaux portent des *spores* rondes très résistantes de 5 à 4 μ de diamètre. Très répandues dans la nature, ces *spores* existent particulièrement sur certaines graines (*seigle, avoine, blé, orge, maïs*, etc.); semées sur des milieux très divers, tels que: le *liquide de Raulin*, la *maltose de Sabouraud*, le *moût de bière*, la *pomme de terre*, le *lait stérilisé*, l'*urine humaine*, elles donnent des *cultures* de couleur variable avec les milieux: *brun* (liquide de Raulin), *vert* (moût de bière), *vert foncé* (pomme de terre) ou *jaune*. Inoculée au pigeon, au cobaye, au lapin, l'aspergillose tue ces animaux plus ou moins vite. Chez l'homme, la maladie frappe presque exclusivement les sujets que leur profession expose au contact continu des graines, ou à l'inhalation des farines contaminées; sont particulièrement dans

ce cas: les *gaveurs de pigeons*, les *peigneurs de cheveux*, les *meuniers*, les *grainetiers*. Quoique souvent primitive, la maladie est parfois secondaire à une tuberculose vraie.

Signes cliniques. — *L'aspergillose pulmonaire* revêt des aspects cliniques variés. Souvent, à une ou plusieurs *hémoptysies* succèdent une *toux sèche quinteuse*, de l'*amaigrissement*, une *expectoration* d'abord spumeuse, puis verdâtre et purulente. L'auscultation révèle des *signes de bronchite*, et souvent de la *diminution du murmure vésiculaire*. La température du soir atteint quelquefois 38°, 38°,5. La *pleurésie*, sèche ou avec épanchement, n'est pas rare. Plus tard, grâce à la répétition des hémoptysies, le malade s'affaiblit et présente de l'œdème des membres inférieurs; bientôt apparaissent des *signes de ramollissement pulmonaire*.

Dans une autre forme, les hémoptysies sont nulles ou insignifiantes, la *bronchite* et une *dyspnée nocturne*, comparable à l'asthme, prédominent; à l'auscultation, on constate, outre le *bruit de tempête* des asthmatiques, pendant les crises, des *signes d'induration* à l'un ou aux deux sommets.

La *marche* est moins progressive que dans la phtisie; après des alternatives d'amaigrissement et d'améliorations, les malades finissent par guérir, grâce à l'organisation conjonctive des lésions. Cependant une *tuberculose secondaire* peut se greffer sur l'aspergillose.

L'aspergillose sera suspectée chez les individus exerçant une des professions qui l'engendrent, lorsqu'ils présentent un syndrome analogue à la phtisie pulmonaire; quant aux signes cliniques, ils sont trop vagues pour permettre isolément le diagnostic. Seuls, l'examen microscopique des crachats et la recherche du *mycélium aspergillaire* permettent d'être affirmatifs (voy. *Examen des crachats*). Cette enquête pourra être complétée par les cultures et l'inoculation au lapin.

XXXII. — LÈPRE

Signes étiologiques. — Très anciennement connue, la lèpre a été importée des Indes et d'Égypte en Europe. Elle y a sévi avec intensité à l'époque des croisades, mais on n'en rencontre plus actuellement que des foyers discrets. En France, quelques villages de la Riviera et de Bretagne sont contaminés. Des foyers plus importants subsistent en Espagne, en Portugal, en Suède, en Norvège et dans les provinces russes de la Baltique. Les principaux centres sont toujours les Indes, la Chine, la Perse et le Tonkin. La lèpre se rencontre encore au Brésil, aux Antilles, aux îles Sandwich et aux îles de la Sonde.

La lèpre est une affection parasitaire déterminée par le *bacille de Hansen*, isolé par Hansen en 1871, coloré par Neisser en 1881. Long de 5 à 5 μ , large de 1 μ , celui-ci est entouré d'une capsule et semé de points très clairs. Le bacille de Hansen, colorable par les mêmes procédés que le bacille tuberculeux, n'est pas décoloré par la solution de Gram. Très mobile, il ne cultive que difficilement sur le sang gélosé. On l'a décelé chez les lépreux, dans: le sang,

la lymphe, le *mucus nasal* (Jeanselme), la salive, le lait, le sperme, le pus, les follicules pilo-sébacés et les squames épidermiques. Les bacilles farcisent surtout le derme, leurs sièges d'élection sont : la *gaine interne de la racine des poils*, les *glandes sébacées* et les *canalicules lymphatiques de la peau*.

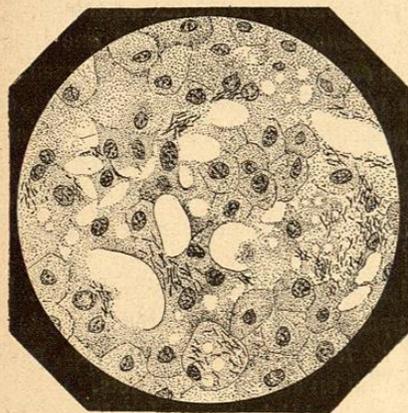


FIG. 251. — Bacilles de Hansen (dans le foie).
(Thoinot et Masselin.)

Le parasite pénètre sans doute par les follicules pilo-sébacés. La lèpre paraît se transmettre par *hérédité* et par *contagion*. L'hérédité semble prouvée par la fréquence de la maladie chez les descendants de lépreux (dans 1/3 des cas), quoique ces faits soient également imputables à la contagion dans l'enfance. La doctrine de la contagion repose sur des exemples indiscutables, quoique rares, de transmission, soit par contact direct, soit par piqûre d'instruments souillés par des ulcères lépreux. La lèpre, du reste, a pu être inoculée. Toutefois, l'immunité habituelle des infirmiers, des médecins et même de sujets cohabitant des années avec des lépreux, tend à faire considérer comme très faible le pouvoir de diffusion de la lèpre.

tuelle des infirmiers, des médecins et même de sujets cohabitant des années avec des lépreux, tend à faire considérer comme très faible le pouvoir de diffusion de la lèpre.

Signes cliniques. — La lèpre n'éclate qu'après une *phase d'incubation* fort longue, mais dont la durée n'a pu encore être précisée. On note presque toujours une *phase d'invasion*, comparable au début de la période secondaire de la syphilis, et se traduisant par : une *anémie* progressive, des *maux de tête*, des *vertiges*, de la *dyspnée*, des *vomissements*, de la *faiblesse*, des *arthralgies*, de la *rachialgie*, de la *tristesse*, et surtout par une *tendance invincible au sommeil*. L'invasion peut encore être signalée par des *accès de fièvre* avec violent frisson, ne différant des accès palustres que par leur apparition vespérale. Les *névrites*, également, peuvent être précoces, se traduisant soit par des *névralgies intermittentes*, très pénibles, du pied et du gros orteil surtout, soit par l'*asphyxie locale des extrémités*, soit par la *sensation de doigt mort* et des *sueurs profuses*. Un *coryza rebelle* avec *épistaxis répétées* est aussi très significatif. Bientôt se constitue la période d'état ; alors se dessine tantôt la *forme tuberculeuse*, tantôt la *forme anesthésique*.

Lèpre tuberculeuse. — En général, les premiers accidents consistent en poussées de *macules*, occupant symétriquement, à la face : les sourcils, le front, le nez, les joues et les oreilles ; ailleurs, le côté de l'extension des membres, le dos des mains et les fesses. Les unes sont *érythémateuses*, les autres *pigmentées*.

Les *taches érythémateuses* offrent une grande variété de tailles et de teintes. Récentes, elles sont d'un rose vif et franc, brillantes et grasses, s'effaçant sous la pression ; plus âgées, elle virent au rose sale ou vineux, ou bien

deviennent brunâtres, jambonnées ou cuivrées. Leur taille varie de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs, mais elles se confondent souvent en *placards* à bords irréguliers, simulant l'*érysipèle*, l'*érythème solaire* ou une *brûlure*. Ailleurs, leur forme capricieuse les rapproche de l'*érythème polymorphe*, de l'*érythème marginé* ; leur couleur, des syphilides. Les macules lépreuses ne desquament jamais ; elles sont d'abord fugaces, disparaissant après quelques jours ou quelques mois. Des poussées éruptives fébriles peuvent se reproduire des années, laissant, pour tout vestige, des *taches pigmentaires* fauves, bronzées ou ardoisées, qui, lorsqu'elles sont nombreuses, communiquent au corps un *aspect tatoué* ou *moucheté*. Les taches pigmentaires peuvent, du reste, se montrer d'emblée, tantôt minuscules, simulant des taches de rousseur, tantôt larges comme la paume de la main.

Érythémateuses ou pigmentaires, ces macules sont souvent, non toujours, le siège de *troubles sensitifs* importants, en particulier d'une *anesthésie générale* ou *dissociée* succédant parfois à une *hyperesthésie* passagère.

Le malade accuse souvent une *sensation générale de froid* ; ses *extrémités*, *gonflées* et *cyanosées*, comme chez les scrofuleux, sont bientôt envahies par un *œdème*, *mou* d'abord, puis *pachydermique*. En même temps, dès le début souvent, les *sourcils* perdent leurs poils, surtout en dehors, et la barbe s'éclaircit. Les poils du pubis, ceux du corps tombent également au niveau des macules, mais les cheveux sont toujours respectés. La peau prend un *aspect luisant et séborrhéique*.

Après un délai variable, surviennent des poussées de *tubercules* accompagnées ou non de prurit et de fièvre. Siégeant d'habitude sur les macules ou dans leur voisinage, ces derniers consistent en *nodules* arrondis, ou en *plaques indurées*, quelquefois douloureuses, infiltrant le derme et plus rarement l'hypoderme.

A leur début, les *lépromes hypodermiques* ne sont d'abord perceptibles qu'au toucher, à l'état soit de *nodosités* rénitentes et élastiques, grosses comme un pois ou une noisette, donnant, dans le lobule de l'oreille, la sensation de *grains de plomb*, soit de *nappes*, uniformes ou bosselées, parfois larges comme la paume de la main. La peau glisse aisément à la surface des lépromes sous-cutanés. Leur consistance devient pâteuse, avec le temps ; on peut aussi les voir se résorber, ou encore se ramollir, tandis qu'à leur niveau la peau rougit et s'ulcère.

Les *lépromes dermiques* forment aussi des nodules ou des nappes d'infiltration. Les *tubercules proprement dits* consistent en petites bosselures sailantes, rondes ou ovales, lisses, comme huileuses, d'abord rose clair, puis rose brun, finalement brun violacé ; variant du reste d'aspect à l'infini, grâce à la congestion, aux poussées lymphangitiques ou à la desquamation, et simulant ainsi, tantôt l'*acné rosée*, tantôt le *sycosis* (dans la barbe), tantôt le *lupus* (à la face ou ailleurs), tantôt, encore, l'*érythème polymorphe* ou les *syphilides papuleuses*.

Les *nappes d'infiltration dermique*, comparables soit à une plaque de

carton enchâssée dans le derme, soit à un œdème très dur, sont lisses ou bosselées, violacées ou bronzées.

Les lépromes, quand ils desquament, peuvent prendre le masque soit du



Fig. 252. — Léontiasis lépreux. (Jeanschne.)

psoriasis, soit des *syphilides papulo-squameuses*, soit, sur les mains et les oreilles, de la *pellagre*.

Les lépromes apparaissent très lentement, et, par poussées successives, dont certaines, aiguës, sont précédées d'une fièvre susceptible d'atteindre

41° ou 42° et imputable à la résorption du virus lépreux venu de tubercules anciens. En même temps surviennent des *lymphangites*, des *adénopathies* douloureuses, des *arthralgies* et un *érythème* rappelant l'érythème noueux ou l'érysipèle, tous phénomènes reconnaissant une origine infectieuse. A chaque poussée, un certain nombre d'anciens tubercules disparaissent, tandis que de nouveaux surgissent et restent.

Circonscrits ou disséminés, les tubercules se groupent le plus souvent à la face, par nodules limités ou par masses infiltrées, réalisant le masque dit

léontiasis lépreux. Bouffie, huileuse et bronzée, la face, coupée de plis profonds, est tantôt entièrement glabre, par chute des poils de la barbe, des cils et des sourcils; tantôt offre encore quelques touffes de poils secs et rudes. L'infiltration des sourcils et de l'espace inter-sourcilier forme un gros bourrelet coupé de sillons verticaux, surplombant les yeux et la racine du nez. Des nodules infiltrent les paupières et boursoufflent les ailes du nez; celui-ci prend la forme épatée; les joues sont envahies surtout près du sillon nasolabial. Le menton est carré et bosselé; l'infiltration des lèvres tend à les renverser en dehors. Très épaissies, les oreilles ont leurs lobules bourrés de nombreux tubercules. Grâce à ces déformations,

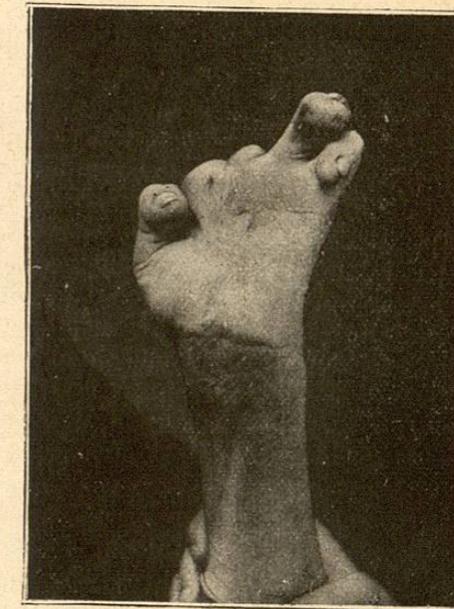


Fig. 253. — Panaris mutilants chez un lépreux. (Dejerine.)

tous les lépreux prennent, à la longue, une physionomie analogue.

Sur les *membres*, les tubercules occupent surtout les *surfaces d'extension*: aux membres supérieurs: le coude, la face postéro-externe de l'avant-bras; le dos du poignet, de la main et des doigts; aux membres inférieurs: les fesses, les genoux, la région antéro-latérale des jambes et des cuisses, les malléoles, le cou-de-pied, le dos du pied et les orteils. Parfois les extrémités sont envahies par un *œdème violacé éléphantiasique*, qui, aux pieds et au bas des jambes, forme comme un *brodequin* bistré ou gris métallique. Au tronc, les tubercules sont symétriques, mais rares. Partout, ils sont le siège d'une *anesthésie* (parfois précédée d'*hyperesthésie*) générale ou dissociée. Au niveau des tubercules la sueur disparaît et la séborrhée s'accroît; ceux du nez offrent parfois des *comédons* ainsi que dans l'*acné hypertrophique*; les *ongles*, altérés, peuvent être éliminés grâce à un *onyxis* comparable à celui de la syphilis, mais indolent.

Durs, indolents et mobiles, les *ganglions* sont toujours plus ou moins

tuméfiés; ceux des aines, dès le début, les épitrochléens, fréquemment.

Sujet à une évolution variable, le *tubercule lépreux* se résorbe, suppure, s'ulcère ou se sclérose (exceptionnel). Dans le premier cas, on le voit se flétrir, s'ombiliquer, pour ne laisser, après quelques semaines, qu'une cicatrice ronde, un peu déprimée, fauve ou ardoisée, tachetée de points clairs. La suppuration du tubercule se traduit par de la rougeur et l'apparition de nombreux points jaunâtres donnant imparfaitement issue à un pus caséux qui creuse en profondeur, et décolle les bords du foyer. Celui-ci se répare pourtant vite, par une cicatrice analogue à celles de la variole. Favorisée par la malpropreté, les traumatismes, l'ulcération peut être masquée par une croûte épaisse, verdâtre ou brunâtre; sur les lèpromes, en nappe, des membres, elle



FIG. 254. — Mutilation des doigts et griffe dans la lèpre. (Jeanselme.)

profondes se traduit par des *épistaxis* répétées; celle de la cloison osseuse, des os propres du nez, des cornets, par un effondrement du nez dont la forme en *lorgette* rappelle celle que produit l'hérédosyphilis.

L'infiltration et les ulcérations de la *muqueuse laryngée* entraînent de l'enrouement, puis de l'aphonie, et une dyspnée dont les crises peuvent imposer la trachéotomie.

revêt souvent l'aspect des *ulcères variqueux*. La fièvre, la lymphangite, l'adénite, l'érysipèle sont des complications possibles de ces lésions. Certains ulcères creusent en profondeur au point de mettre à nu les tendons, les os, d'entraîner la chute d'une ou plusieurs phalanges (*lèpre mutilante*); d'autres entraînent des *attitudes vicieuses*.

Un *évanthème* intéresse parfois les muqueuses des lèvres, des joues, du palais, du voile, du pharynx, sous forme de *tubercules anesthésiques* comparables soit aux plaques muqueuses, soit aux gomme, soit au lupus. En s'ulcérant, certains de ces lèpromes détruisent la luette ou même l'épiglotte. Le dos de la langue infiltrée de tubercules est fissuré comme dans la *glossite scléro-gommeuse*. L'haleine est fétide, la salivation est exagérée et la mastication pénible.

Très précoces, les *lésions nasales* commencent sur la cloison, par une infiltration molle et livide qui fait place à des ulcères irréguliers recouverts de croûtes épaisses gênant le passage de l'air. L'invasion des parties

Sur l'œil, la lèpre détermine souvent un *tubercule miliaire*, comparable à une vésicule, occupant la conjonctive, près du limbe cornéen, et formant le sommet d'un triangle hyperhémique à base périphérique. Il peut arriver que ce lèprome s'étale autour de la cornée en un bourrelet demi-circulaire, et



FIG. 255. — Dactylite lépreuse. (D'après Jeanselme.)

l'envahisse, en l'opacifiant et l'ulcérant. On observe également l'*iritis* et le *staphylome de la cornée*.

Sur le prépuce, le gland, la vulve, l'anus, les lèpromes peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Les lépreuses sont souvent mal réglées, ou non réglées; toutefois, la stérilité, chez elles, n'est pas constante, et l'avortement est rare.

A une phase avancée, l'impuissance génitale est la règle. L'épididyme et le testicule s'infiltrent de lépromes, généralement, mais non toujours, sans réaction (*orchite lépreuse aiguë* vue par Hallopeau et Jeanselme). Si ce processus précède la puberté, le sujet conserve l'aspect infantile. Le même arrêt de développement résulte des lésions correspondantes chez la jeune fille non encore réglée. Souvent petits, chétifs et vieillots, les *enfants lépreux* rappellent, par le nez écrasé, les cicatrices fessières, les taies cornéennes, les sujets frappés d'*hérédosyphilis tardive*.

Évolution. — Habituellement chronique, la marche de la lèpre tuberculeuse procède par *poussées aiguës successives* séparées par des *rémissions* ne passant guère quelques mois, mais parfois bien plus longues. La *durée* totale est en moyenne de 8 à 12 ans, mais peut dépasser 20 ans.

La *mort* peut résulter des seuls progrès des lésions lépreuses qui entraînent une *cachexie* avec diarrhée, accès fébriles intermittents, hypertrophie spléno-hépatique et ganglionnaire. Plus souvent, la mort est provoquée par une *complication* intercurrente : phtisie pulmonaire, érysipèle, suffocation laryngée. Il arrive aussi que la lèpre tuberculeuse se transforme en *lèpre anesthésique* qui comporte une plus longue survie. La possibilité de la *guérison* complète est fort douteuse. On cite des cas exceptionnels de *lèpre aiguë* avec fièvre et état typhoïde.

Lèpre anesthésique. — La *lèpre anesthésique* ou *nerveuse systématisée* succède presque toujours à un *exanthème maculeux* fugace. La phase d'*invasion*, à part l'intensité habituellement plus grande des névralgies, est très analogue à celle de la forme tuberculeuse. Le type est surtout caractérisé par une *éruption de macules* ou de *bulles* et par la *névrite lépreuse*.

Disséminées avec une symétrie remarquable, les *macules*, entourant parfois le thorax, à la façon d'un double zona, sont semblables à celles de la lèpre tuberculeuse. Consécutives aux macules ou survenant d'emblée, des *taches pigmentaires* simulent les *taches de rousseur* ou le *pityriasis versicolor*; brillantes et légèrement grenues (chair de poule), elles sont parfois décolorées au centre, toujours anesthésique, tandis que la périphérie offre une sensibilité seulement émoussée, parfois aussi exagérée. Les poils blanchissent et tombent, les sécrétions disparaissent à la surface des taches.

Le *pemphigus lépreux* consiste en *bulles*, généralement discrètes, d'abord cernées d'une aréole rouge; leur contenu est citrin, puis louche au bout de quelques heures; elles se rompent ensuite, se dessèchent et desquamant pour laisser une *tache violacée*, puis *pigmentée* ou *achromique* à son centre. L'arrachement de la bulle met à nu une *érosion diphtéroïde* bientôt couverte d'une *croûte rupioïde*. En certains cas, sous la bulle, se cache une *escarre* parcheminée dont la chute découvre une ulcération grisâtre. Le pemphigus lépreux occupe de préférence le dos des mains et des pieds, les coudes et les genoux. Il peut devenir, aux extrémités, l'origine d'*ulcérations mutilantes*.

Cette période comporte déjà des *fourmillements*, des *troubles sensitifs* et des *névralgies* qui ne tardent pas à occuper le premier plan.

Des *frissons*, des *accès fébriles* irréguliers, des *adénopathies* préludent souvent à la *névrite lépreuse* dont l'expression première est une *hyperesthésie* extrême et tenace, surtout des membres, rendant intolérable le plus léger frôlement, comportant souvent des *sensations de picotement*, de *brûlure*, de *froid* et parfois des *douleurs fulgurantes*. Ces douleurs siègent surtout dans les territoires du *cubital*, du *sciatique* (péroniers et tibiaux) et du *trijumeau*. Les crises névralgiques arrachent des cris et empêchent tout sommeil. Dès ce moment, certains nerfs (les cubitiaux et les tibiaux surtout) peuvent déjà présenter un *épaississement régulier ou fusiforme*. Le *cubital*, spécialement, *entre l'olécrâne et l'épitrochlée*, dans les dix derniers centimètres de sa partie brachiale, peut devenir *gros comme le doigt* et offrir des *nodosités* tout à fait *typiques* qu'on ne négligera jamais de constater par le palper. En certains cas, les rameaux superficiels sont également perceptibles, à l'état de cordes noueuses, roulant sous le doigt. Cette exploration peut éveiller de vives douleurs, irradiées dans les doigts et les orteils. La *transpiration*, supprimée à la face et aux extrémités, s'exagère ailleurs.

La *phase hyperesthésique* peut durer des mois et des années. Quand les nerfs atteints sont complètement détruits, la *phase anesthésique* lui succède. Débutant aux extrémités, l'*anesthésie* remonte peu à peu vers la racine des membres. Partie du petit doigt et du bord cubital de la main, elle gagne le coude ou même l'aisselle, dessinant une bande en arrière et en dedans du membre. Plus tard, elle envahit toute la main, ne ménageant souvent qu'une bande sensible en avant du bras et de l'avant-bras. Au membre inférieur, le gros orteil, le bord interne, parfois le bord externe du pied sont d'abord couverts par l'anesthésie, qui, finalement, figure une botte remontant soit à mi-jambe, soit jusqu'au genou. A la cuisse, c'est en arrière et en dehors que domine l'anesthésie.

Les troubles sensitifs sont constamment *symétriques*. L'anesthésie, quoique absente parfois à la pulpe des doigts, au milieu de la paume des mains et de la plante des pieds, va en diminuant de l'extrémité à la racine des membres; elle forme souvent des *zones segmentaires*, mais toujours séparées des parties sensibles par une *bande de transition* large de 10 à 15 centimètres. Le *sens musculaire* est toujours indemne. L'anesthésie n'occupe jamais le territoire entier d'un nerf, ce qui implique une névrite, frappant plutôt les branches terminales que le tronc du nerf.

L'anesthésie est tantôt *absolue*, pour tous les modes de sensibilité, tantôt et plus fréquemment *dissociée*, mais imparfaitement, la *sensibilité tactile* n'étant qu'atténuée en des zones très limitées, tandis que, très marquées, l'*analgesie* et la *thermo-anesthésie* sont très étendues. Les *paresthésies* (froid pour le chaud, piqure prolongée) sont fréquentes ainsi que les *erreurs de localisation* et la *double sensation* éveillée par une seule excitation. L'étendue de l'anesthésie peut varier dans le courant d'un examen prolongé. L'anesthésie, surtout thermique, finit par devenir absolue.

L'*atrophie musculaire* suit les progrès de l'anesthésie, elle n'est jamais

associée à la paralysie, et l'asthénie est l'effet direct de l'amyotrophie. Frappant d'abord les éminences thénar et hypothénar, puis les interosseux, celle-ci atteint ensuite les muscles de l'avant-bras, surtout les extenseurs; il en résulte une *griffe* comparable à celle de Duchenne (pouce sur le plan des autres doigts; flexion des deux dernières phalanges sur les premières étendues), avec déviation des doigts sur le bord cubital de la main. Les déformations du membre inférieur, dues à l'atrophie des muscles du pied et du groupe antéro-externe de la jambe (*pied ballant* et *steppage*), sont analogues à celles de la paralysie alcoolique.

A la face, l'atrophie est superficielle et asymétrique; ce qui peut donner un faciès grimaçant. Le frontal reste inerte, l'orbiculaire des paupières devient incapable de fermer les yeux, permettant l'*ectropion de la paupière inférieure* (épiphora, conjonctivite). Le strabisme est léger, rare et fugace. Les joues sont creuses, les lèvres inertes, l'inférieure pendante.

Il est exceptionnel que l'atrophie musculaire se généralise au point de simuler la maladie de Duchenne. Les muscles atteints présentent parfois des *contractions fibrillaires* (Leloir). La *réaction de dégénérescence* est quelquefois constatée. Peu à peu, les parties anesthésiées, rétractées et momifiées, se creusent de *crevasses indolentes*, qui, atteignant les os et les articulations, finissent par détacher une ou plusieurs phalanges; les mêmes mutilations résultent, en d'autres cas, de la gangrène sèche, de panaris avec nécrose de la phalange, de la résorption spontanée ou de la décalcification des os, processus propres à la lèpre.

Très commun, le *mal perforant* des mains ou des pieds guérit très vite au repos, mais récidive très aisément.

A la *phase cachectique*, le malade accuse un froid perpétuel et une soif intolérable; il souffre, comme les ataxiques, de *violentes crises gastriques* et présente une *diarrhée* d'abord intermittente, puis continue, qui aboutit à la stupeur et au marasme terminal. Les *convulsions tétaniques*, l'*albuminurie*, une *pneumonie*, le *paludisme* peuvent hâter la mort.

Toujours prolongée, la lèpre anesthésique dure 20 ans, et parfois beaucoup plus; les accidents terminaux peuvent survenir brusquement, sans cause connue.

La coexistence des tubercules cutanés et de la névrite lépreuse constitue la *forme mixte*, la plus commune.

Diagnostic. — La lèpre, qui peut rester méconnue dans ses pays d'origine, passe, *a fortiori*, très souvent inaperçue dans les régions où elle est inconnue. Les *nodules* sont imputés à la *syphilis*; les *macules* à la *rougeole*; dans les cas douteux, le bacille de Hansen sera recherché dans les lésions cutanées. Celui-ci a été rencontré dans la sérosité de vésicatoires appliqués sur la peau saine en apparence (Kalindero), mais ce procédé est infidèle.

A défaut de preuves bactériologiques, le diagnostic repose sur les *stigmates cliniques de la lèpre*: 1° *Anesthésie insulaire* au niveau de taches achromiques ou pigmentaires, *symétrique* aux extrémités; 2° *Tuméfaction et état moniliforme des nerfs* accessibles au palper, des cubitaux surtout; 3° *Chute*

des sourcils; 4° *Cicatrices lisses et gaufrées* laissées aux coudes et aux genoux par les tubercules et le pemphigus. Mais, au début, tous ces signes peuvent manquer. Les *épistaxis à répétition*, l'*asphyxie locale des extrémités*, avec ou sans crevasses ou mutilations des doigts, peuvent tenir lieu de signes révélateurs. Les macules et les tubercules lépreux simulent nombre de dermatoses: *érythème polymorphe*, *acné rosacée*, *syphilides papulo-tuberculeuses*, *lupus tuberculeux* ou *érythémateux*, *lymphodermie pernicieuse* de Kaposi; *sarcomatose cutanée*, *mycosis fongoïde*. Dans toutes ces affections, l'anesthésie propre aux nodules lépreux fait défaut.

Les *taches pigmentaires* et *achromiques*, les *sclérodermies lépreuses*, le *pemphigus lépreux* doivent être distingués: du *vitiligo* vrai, de la *morphée*, de la *sclérodactylie*, du *pemphigus*; ici encore les troubles sensitifs servent de repère. Zambaco regarde la *syringomyélie* et la *maladie de Morvan* comme des modalités de la lèpre. Entre ces affections, les analogies sont du reste multiples et les différences de symptômes sont liées à celles des localisations anatomiques. Jeanselme admet la possibilité d'une *lèpre médullaire* qui serait la syringomyélie. Souza Martins a du reste rencontré le bacille de Hansen dans la cavité médullaire d'un sujet mort de syringomyélie.

XXXIII. — SYPHILIS

Division. — La syphilis, infection dont l'agent pathogène nous est encore imparfaitement connu (en attendant que se confirment les conclusions de Schaudinn, de Siegel et de Metchnikoff, de Buschke et Fischer, de Levaditi, qui voient dans le *spirochete pallida* le germe causal de la vérole), évolue en *trois étapes* consécutives, séparées par des phases silencieuses: *syphilis primitive*, *secondaire*, *tertiaire*. Sa connaissance date surtout de la fin du xv^e siècle, époque à laquelle elle sévit épidémiquement en Europe. Elle fut longtemps confondue avec la *blennorrhagie*, jusqu'aux travaux de Ricord. Sa virulence semble aussi, maintenant, relativement atténuée.

Syphilis acquise. — **Signes étiologiques.** — La syphilis se transmet par *contagion* et par *hérédité*; elle est inoculable au singe (inoculée au chimpanzé par Metchnikoff et Roux, Lassar et Neisser). Aucun âge, aucune race n'en est exempt. Le spirille qui la détermine, probablement très résistant, pullule dans les sécrétions du chancre, dans les ganglions, dans la profondeur des lésions secondaires, durant les poussées secondaires, mais n'a pas encore été rencontré dans le sang. Les sécrétions normales ne renferment le contagé que s'il s'y mêle des produits pathologiques.

La *contagion* s'opère par *contact direct*, vénérien ou non, ou *indirect* (objets ou instruments souillés par le contagé). Elle exige une solution de continuité de la couche superficielle de l'épiderme.

Signes cliniques. — **Chancre.** — A part la *syphilis* dite *conceptionnelle*, la syphilis acquise débute constamment par un *chancre*. Celui-ci