

origine les vaisseaux de l'hypoderme qui sont le siège d'une endartérite très prononcée; on constate dans ces travées conjonctives des cellules géantes, des cellules épithélioïdes. Le tissu cellulaire compris entre ces travées peut avoir conservé sa structure normale, ou être le siège d'une infiltration embryonnaire assez abondante, ou de lésions dégénératives.

Il a été impossible jusqu'ici de déceler des bacilles dans les lésions de l'érythème induré; mais, dans un cas de Thibierge et Ravaut, l'inoculation au cobaye a produit des lésions manifestes de tuberculose.

Ces résultats montrent que l'érythème induré doit être considéré comme d'origine tuberculeuse; les conditions spéciales de circulation dans les membres inférieurs, aggravées par la station verticale prolongée, expliquent sans doute ses caractères cliniques et anatomiques particuliers.

**Diagnostic.** — L'érythème nouveau, qui lui aussi occupe les membres inférieurs, diffère de l'érythème induré par le développement plus considérable et la saillie plus accentuée des nodosités qui sont plus douloureuses que celles de l'érythème induré, par la rapidité de sa marche qui est toujours aiguë et aboutit toujours à la résolution complète, par les phénomènes généraux, articulaires et viscéraux qui l'accompagnent.

Les gommescrofulo-tuberculeuses, qui ressemblent à bien des égards aux nodosités de l'érythème induré, en diffèrent par leur dissémination sur des régions diverses du corps, par la tendance au ramollissement et à l'ulcération; les ulcérations consécutives aux gommescrofulo-tuberculeuses se distinguent de celles qui succèdent à l'érythème induré par leur multiplicité, leur irrégularité, le décollement de leurs bords qui sont livides.

**Traitement.** — Outre le traitement général par les toniques, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, etc., l'érythème induré nécessite le repos prolongé et l'emploi de topiques résolutifs, tels que les emplâtres mercuriels, les pommades iodurées ou hydrargyriques. Dans les cas rebelles, il est parfois nécessaire de recourir aux cautérisations ignées, qui permettent de détruire les nodosités sans crainte de récidives.

## II

### LÈPRE

**Définition.** — La lèpre est une maladie chronique, caractérisée par le développement de néoplasies occupant surtout les téguments et les nerfs et renfermant un micro-organisme spécial, le bacille de A. Hansen.

**Distribution géographique.** — Très fréquemment observée autrefois et particulièrement au moyen âge dans toutes les régions du globe, elle se rencontre encore aujourd'hui dans tous les pays; mais elle n'est pas uniformément répandue dans tous.

En France, on pensait il y a quelques années encore que — exception faite pour quelques localités des environs de Nice — elle ne s'observait jamais chez des sujets nés et ayant toujours vécu en France; les recherches de Zambaco-

Pacha<sup>(1)</sup> ont nettement établi l'existence de la lèpre dans quelques parties de la Bretagne, chez des sujets n'ayant jamais quitté leur pays natal; quelques faits de Leloir<sup>(2)</sup> tendraient à faire admettre que des formes atténuées de la lèpre s'observent chez des sujets n'ayant jamais quitté le nord de la France, mais ces dernières observations n'ont pas eu le contrôle bactériologique. Du Castel<sup>(3)</sup> a rapporté un cas de lèpre chez une femme originaire de Dieppe et n'ayant jamais habité hors de France: Darier a confirmé le diagnostic par l'examen bactériologique.

Ces faits sont en réalité rares et en France, comme dans la plupart des États de l'Europe centrale (Allemagne, Autriche, Belgique, Hollande et Angleterre), la très grande majorité des cas de lèpre qu'on observe sont des cas d'importation, provenant de pays plus ou moins éloignés, et dont l'importation n'est pas suivie du développement d'autres cas de la même maladie.

Il y a lieu cependant de faire exception pour les foyers lépreux observés en Bosnie-Herzégovine par Neumann et par Glück et pour le foyer qui s'est développé depuis vingt ans dans le cercle de Memel à l'extrémité orientale de l'Allemagne auprès de Königsberg, et qui a été le point de départ d'un grand nombre de travaux et de l'agitation récente soulevée au sujet de la lèpre.

Les pays à lèpre sont: en Europe, l'Italie, l'Espagne<sup>(4)</sup>, la Turquie, la Roumanie, la Russie et surtout la Norvège et l'Islande; en Asie, le Japon, la Chine, l'empire des Indes, l'Indo-Chine et en particulier le Tonkin, la Perse, l'Asie Mineure; en Afrique, le Mozambique, le Cap de Bonne-Espérance, le Congo, le Sénégal, le Maroc, la Tripolitaine, l'Égypte; en Amérique, quelques régions des États-Unis, le Mexique, le Guatemala, le Venezuela, la Guyane, le Brésil, la Colombie et les Antilles; en Océanie, les Philippines, Bornéo, la Nouvelle-Guinée, la Nouvelle-Galles du Sud, la Nouvelle-Zélande. Les relations relativement fréquentes et faciles avec un grand nombre de ces régions, l'existence de colonies européennes plus ou moins importantes dans certaines d'entre elles (on peut dire que presque toutes les colonies d'outre-mer des nations européennes sont plus ou moins infestées de lèpre), expliquent comment on voit, à l'état permanent dans tous les pays, un plus ou moins grand nombre de lépreux.

On a fait remarquer que le plus grand nombre des foyers lépreux occupaient le voisinage de la mer: vraie d'une façon générale, cette règle comporte cependant un certain nombre d'exceptions.

En tous pays, les différentes races sont inégalement résistantes devant la lèpre: la race juive fournit un grand nombre de cas. Zambaco a été conduit par des considérations ethnographiques à rechercher et à constater l'existence de la lèpre en Bretagne.

**Étiologie**<sup>(5)</sup>. — La tradition ancienne faisait de la lèpre une des maladies les plus contagieuses que l'on puisse rencontrer. Les lépreux, rendus un sujet

<sup>(1)</sup> ZAMBACO-PACHA, *Bull. Acad. de méd.*, 51 octobre 1892; La lèpre en Bretagne, *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 1215.

<sup>(2)</sup> LELOIR, Existe-t-il dans les pays non lépreux en France et en particulier dans la région du Nord des vestiges de l'ancienne lèpre? *Bullet. Acad. de médecine*, 21 février 1895.

<sup>(3)</sup> DU CASTEL, Lèpre nostras. *Annales de Dermat.* 1895, p. 1157.

<sup>(4)</sup> Les foyers lépreux de l'Espagne sont l'origine du plus grand nombre des cas de lèpre observés en Algérie (GÉMY et RAYNAUD, Études sur la lèpre en Algérie et plus spécialement à Alger; mesures prophylactiques. Alger 1897).

<sup>(5)</sup> Voir E. BESNIER, Rôle étiologique de l'hérédité et de la transmissibilité dans la production de la lèpre. *Annales de Dermatologie*, octobre 1897, p. 955.

d'horreur par les déformations de leurs traits, étaient redoutés de tous, traités comme des parias et relégués dans des asiles spéciaux.

Cette tradition s'est conservée intacte dans certains pays, tandis que dans d'autres on est arrivé à douter de la contagiosité de la lèpre : on a cité des exemples de sujets vivant pendant des années au milieu et au contact de lépreux, cohabitant avec eux et restant indemnes ; on a invoqué le résultat négatif de quelques expériences d'inoculation ; et on a nié résolument que la lèpre puisse se transmettre de l'homme malade à l'homme sain. La doctrine de la non-contagiosité de la lèpre, que soutiennent encore quelques médecins des pays à lèpre, et en particulier Zambaco-Pacha (de Constantinople) et un certain nombre de médecins anglais avec J. Hutchinson, a été fort ébranlée par la découverte du bacille de la lèpre.

Actuellement, malgré quelques oppositions rendues plus acharnées par un but humanitaire dont on ne saurait nier l'élévation, ou par des intérêts commerciaux beaucoup moins respectables, la question de la contagiosité de la lèpre doit être considérée comme résolue. Des sujets, nés dans l'Europe centrale, vont habiter les pays à lèpre et en reviennent lépreux, après s'être trouvés en contact avec des lépreux, soit d'une façon accidentelle, soit d'une manière permanente en les soignant comme le père Damien et des sœurs hospitalières ; l'inoculation, que Arning a faite au condamné à mort Keanu de Havaï, a été suivie du développement de la lèpre ; on a objecté, il est vrai, que ce sujet avait des lépreux dans sa famille et que la lèpre pouvait être chez lui d'origine héréditaire. On a vu la lèpre envahir rapidement, aux îles Sandwich ou à Memel par exemple, une région préalablement indemne, à la suite de l'arrivée de sujets lépreux. Mais, si la transmission de la lèpre est possible, elle n'est pas nécessaire, témoin les nombreux faits dans lesquels un sujet lépreux n'a pas contagionné son conjoint.

Si le rôle de la contagion dans la production de la lèpre est indiscutable, le rôle de l'hérédité est plus difficile à définir exactement. Les anti-contagionnistes, et avec eux la majorité des populations lépreuses, attachent une grande importance à ce mode de transmission : bon nombre (2/3 environ d'après certaines statistiques) de lépreux indigènes ont dans leurs ascendants un ou plusieurs sujets atteints de lèpre ; mais est-ce à ceux-ci qu'ils sont redevables de leur maladie, comme on hérite la syphilis de son père ou de sa mère ? ou bien ont-ils reçu accidentellement, et par l'extérieur, le germe de la maladie ? Il n'est pas possible de trancher actuellement cette question. Ce que l'on peut dire, c'est que beaucoup de prétendues lèpres par hérédité sont des lèpres par contagion, laquelle peut avoir pour origine la lèpre d'un sujet étranger à la famille aussi bien que la lèpre des parents : le développement souvent tardif (à l'âge de 5 à 6 ans et plus) de ces lèpres prétendues héréditaires, et la résistance à la maladie des enfants séparés à temps de leur famille (Besnier, Boinet) semblent le prouver suffisamment. Il n'est même pas démontré que les enfants de lépreux aient une prédisposition plus accentuée que d'autres à prendre la lèpre.

La malpropreté, l'insuffisance et la mauvaise qualité de l'alimentation, l'habitation dans des locaux sordides et trop étroits, l'encombrement — qui favorise si énergiquement toutes les contagions — toutes les fautes contre l'hygiène, fréquemment commises dans la plupart des pays lépreux, facilitent sans aucun doute le développement de la maladie, mais ne la créent pas.

L'importance de ces causes prédisposantes est bien prouvée par la diminution

des cas de lèpre dans les pays où les conditions hygiéniques s'améliorent : ainsi, en Norvège, la campagne que A. Hansen poursuit avec autant de dévouement et de persévérance que de succès pour introduire des habitudes hygiéniques plus régulières, pour combattre la malpropreté et l'alcoolisme dans les pays infestés de lèpre, a dans la diminution du nombre des lépreux une part au moins aussi considérable que l'isolement des malades.

On a invoqué, mais sans preuve réelle à l'appui, l'alimentation par des poissons avariés, et on a cru voir dans le poisson en général l'agent de transmission de la lèpre. Hutchinson a invoqué, à l'appui de cette théorie alimentaire, la prédilection de la lèpre pour les populations vivant sur le bord de la mer et des cours d'eau ; mais certaines populations lépreuses n'ont jamais fait usage de poisson et habitent des régions éloignées de la mer et des rivières.

En résumé, la seule cause certaine de la lèpre est la contagion, c'est-à-dire la transmission de son bacille par contact direct avec un sujet atteint de lésions lépreuses ulcérées, ou par l'intermédiaire de corps divers sur lesquels des sécrétions lépreuses ont été déposées.

Nous verrons plus loin quelles sont les sources les plus à redouter de cette contagion.

**Symptômes.** — La lèpre peut se présenter sous deux formes principales, suivant que ses lésions anatomiques se localisent sur le tégument (cutané ou muqueux) ou sur les nerfs. Dans le premier cas, on a affaire à la lèpre tuberculeuse (lèpre systématisée tégumentaire de Leloir), qui correspond à la description de l'éléphantiasis des Grecs<sup>(1)</sup>. Dans le second cas, on se trouve en présence de la lèpre anesthésique ou trophoneurotique (lèpre systématisée nerveuse de Leloir).

Cependant la séparation de ces deux formes est plus artificielle que réelle ; elle est actuellement impossible à faire d'une façon formelle, car des recherches bactériologiques récentes, celles de Darier en particulier, montrent que des taches lépreuses, considérées jusqu'à ces dernières années comme le résultat de trophonevroses cutanées d'origine lépreuse, renferment le bacille de Hansen et devraient par suite rentrer dans la forme tégumentaire. Pour cette raison, nous reprenons ici les anciennes dénominations de lèpre tuberculeuse et de lèpre maculo-anesthésique.

Une forme mixte, plus commune, résulte de la combinaison des deux précédentes dans des proportions variables et avec une chronologie également variable.

La lèpre ne se développe qu'un certain temps, assez variable suivant les cas, après la contamination, ce qui contribue parfois à obscurcir ses conditions de développement : Danielssen a vu la *période latente* de la lèpre durer 10 ans, Landouzy l'a vu durer 17 ans et, dans un cas qui semble constituer le terme le plus élevé de cette série, Hallopeau a vu la lèpre n'apparaître que 52 ans après que le malade eût quitté le pays où il l'avait contractée.

Quelle que doive être ultérieurement leur forme, les manifestations caractéristiques de la lèpre sont ordinairement précédées, pendant un temps variable, de phénomènes prodromiques identiques. Les *prodromes* consistent en une fièvre survenant sous forme d'accès de nombre, de durée et d'intensité variables ; ces accès, qui se répètent parfois pendant des années, ont été pris souvent

(1) LELOIR, *Traité pratique et théorique de la lèpre*, Paris, 1886.

pour des accès de fièvre paludéenne, ils s'accompagnent d'abattement, d'affaiblissement, de tendance au sommeil, de quelques troubles digestifs, d'épistaxis, parfois de maux de tête et de vertiges; il y a parfois du prurit cutané avec une hyperesthésie plus ou moins marquée; les malades éprouvent des douleurs névralgiques plus ou moins intermittentes qui occupent particulièrement les membres inférieurs, souvent une sensation de courbature, de la rachialgie, des douleurs rhumatoïdes également dans les membres inférieurs.

**Lèpre tuberculeuse.** — Les éléments tuberculeux sont ordinairement précédés par des taches érythémateuses, planes ou légèrement saillantes comme les éléments de l'érythème papuleux, à bords arrondis et mal délimités, et qui plus tard deviennent plus ou moins foncées; au niveau de ces taches, le tégument est anesthésique et, lorsqu'elles occupent des régions pourvues de poils, ceux-ci ne tardent pas à tomber; plus rarement ces taches sont pigmentées d'emblée. Elles procèdent par poussées, parfois accompagnées d'un mouvement fébrile plus ou moins intense et persistent un temps variable, puis disparaissent en laissant dans certaines régions, comme les sourcils, une alopecie persistante.

Au bout d'un temps variable, se montrent les éléments caractéristiques de la lèpre tuberculeuse, les *lépromes* (léproïdes tuberculeuses de Bazin, léprides tuberculeuses de E. Besnier). Ces lépromes occupent rarement l'hypoderme, plus fréquemment le derme lui-même où ils se présentent, au début, sous la forme d'une saillie papuleuse, arrondie, dont l'étendue et le relief augmentent peu à peu: de coloration parfois rouge et rappelant celle de l'érythème noueux, ils sont souvent d'un rouge brun ou cuivré tirant sur le violet ou sur le bistre; leur consistance est ferme; à leur niveau, la sensibilité cutanée est presque toujours abolie et cette anesthésie a une importance diagnostique considérable; en outre, les poils tombent, les glandes sébacées sont le siège d'une hypersecretion notable donnant aux tubercules un aspect huileux, tandis que la sécrétion sudorale est diminuée ou abolie.

Le nombre et le volume des lépromes sont extrêmement variables; parfois isolés et disséminés au début, ils se rassemblent souvent en une sorte d'infiltration diffuse, à surface irrégulière, qui déforme les parties atteintes et les rend méconnaissables.

Leurs sièges de prédilection sont les membres et la face, c'est-à-dire les régions découvertes, localisation qui n'est peut-être pas sans rapport avec l'origine parasitaire et extérieure de la maladie. Ils respectent le cuir chevelu, la paume des mains, la plante des pieds. Aux membres et surtout à leurs extrémités, ils produisent des déformations considérables et variables, et gênent singulièrement les mouvements des mains et des pieds. A la face, ils sont ordinairement symétriques; le visage paraît bouffi, le front est épaissi, irrégulier, les paupières sont à demi pendantes; le nez est élargi, épaté comme chez le nègre, le menton volumineux et élargi; les joues sont épaisses et inégales; les lèvres larges, lippues, sont proéminentes, les poils de la face ont presque entièrement disparu. Il en résulte un ensemble tel que, à quelques différences près dans le degré, tous les lépreux se ressemblent quels que soient leur âge, leur sexe et leur race: le diagnostic peut souvent, grâce à cette uniformité d'aspect, se faire à première vue et à distance.

Les ganglions lymphatiques correspondant aux régions atteintes sont volumineux, durs, surtout ceux de l'aîne.

Les tubercules lépreux se développent tantôt d'une façon lentement progressive, tantôt sous la forme de poussées aiguës, accompagnées de fièvre et de phénomènes généraux plus ou moins graves; ces poussées, qui peuvent se reproduire à plusieurs reprises pendant le cours de la maladie, ont été parfois prises pour des poussées d'érysipèle ou d'érythème noueux auxquels elles ressemblent souvent de très près; les malades attachent parfois plus d'importance à ces « érysipèles » à répétition qu'aux lésions persistantes de la peau. L'induration et l'épaississement pachydermique des téguments succèdent souvent aux lésions lymphangitiques qui accompagnent ces poussées aiguës.

Les lépromes deviennent quelquefois fibreux et cessent de progresser; parfois encore ils se flétrissent et se résorbent, ou bien ils s'abcèdent et, après l'évacuation du pus, la cicatrisation se fait rapidement.

Le plus souvent, le léprome se ramollit, la peau se perforé, et il se forme une ulcération assez profonde, à fond grisâtre, de mauvais aspect et à bords souvent calleux; la suppuration qui s'en écoule est épaisse, souvent sanieuse, parfois sanguinolente; son odeur rappelle celle des amphithéâtres d'anatomie et se communique aux vêtements du malade; elle se concrète en croûtes verdâtres ou brunâtres plus ou moins épaisses. Ces ulcères peuvent atteindre une grande étendue; parfois ils pénètrent profondément, mettent à nu les tendons, les os, les articulations. Par l'abondance de leur suppuration, ils contribuent à épuiser les malades; néanmoins, ils peuvent se réparer, laissant à leur place des cicatrices multiples, irrégulières, blanches, dures, qui contribuent à défigurer les parties malades.

Aux extrémités des membres, ces ulcérations déterminent la chute de portions plus ou moins étendues des doigts; elles laissent des mutilations très variables d'aspect.

Les muqueuses sont le siège de tubercules analogues à ceux de la peau; formant des saillies plus ou moins apparentes, molles, roses, livides ou violacées, parfois pâles, grisâtres, quelquefois légèrement végétantes, ils ont sur la muqueuse buccale de grandes ressemblances avec les diverses variétés de syphilomes. On les observe fréquemment sur la langue, au pharynx, au larynx, sur la muqueuse nasale. De même que ceux de la peau, ils peuvent s'ulcérer.

Les lésions nasales ont une importance particulière, sur laquelle ont bien insisté Jeanselme et Laurens<sup>(1)</sup>, en raison tout à la fois de leur fréquence, de leur précocité, de l'épistaxis à laquelle elles donnent lieu et qui est un des symptômes révélateurs de la lèpre, de leur ulcération qui donne issue à de nombreux bacilles lépreux; elles se montrent non seulement sous la forme de tubercules isolés, mais encore sous la forme d'une rhinite chronique d'apparence banale avec enchifrènement persistant et accumulation de croûtes obstruant les narines, et, à une phase plus avancée, donnent lieu à des déformations du nez, dont le cartilage de la cloison cède, et qui se busque ou s'aplatit à la manière d'une lorgnette.

Des altérations oculaires fréquentes et graves peuvent se produire: développement de lépromes à la surface de la sclérotique ou de la cornée, s'accompagnant de lésions semblables de l'iris, d'où iritis à marche lente; perforations du globe de l'œil ou perte de la vue à la suite d'iritis et d'irido-cyclite, parfois panophtalmie à marche aiguë ou suraiguë, tels sont leurs aboutissants.

<sup>(1)</sup> JEANSELME et LAURENS, Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le pharynx. *Bullet. Soc. méd. des hôp. de Paris*, juillet 1897, p. 1048.

La tendance spontanée et normale de la lèpre tuberculeuse est l'extension des lésions; la tendance des éléments en particulier est la destruction par ulcération. L'aboutissant de la maladie est la cachexie, amenée par ces deux causes réunies et par l'envahissement des viscères, foie, rate et ganglions mésentériques en particulier. La diarrhée, des lésions broncho-pulmonaires d'ordres divers ou une néphrite terminent ordinairement la vie des lépreux.

**Lèpre anesthésique.** — Ses manifestations consistent principalement en troubles de la sensibilité avec troubles trophiques portant en particulier sur les muscles et les téguments, et en macules cutanées bacillifères.

Après les prodromes déjà signalés, on voit survenir une éruption de taches arrondies, plus ou moins confluentes, pouvant occuper indifféremment les différentes régions du corps, à disposition généralement symétrique, qui mesurent généralement 2 à 5 centimètres de diamètre, mais qui, par leur développement excentrique, atteignent des dimensions parfois considérables; de coloration rose au début, ces taches deviennent d'un rouge plus ou moins foncé et, au bout d'un temps assez long, finissent par prendre une couleur brune, fauve ou même noire, en même temps qu'elles présentent une légère saillie et une très légère desquamation. D'autres taches sont caractérisées d'emblée par une pigmentation de coloration et d'intensité variables, depuis le jaune jusqu'au brun presque noir, occupant surtout les membres et le tronc; de forme circulaire ou un peu irrégulière, ces taches sont lisses, quelquefois légèrement grenues; leur étendue est variable et, lorsqu'elles atteignent une certaine largeur, leur centre se décolore et finit par devenir gris ou même blanc, de même que les poils qui peuvent les recouvrir. Plus rarement on voit se développer primitivement sur la peau saine sans hyperchromie antérieure des taches blanches, achromiques. Sur ces diverses variétés de taches achromiques, le tégument est anesthésique et la sécrétion sudorale est supprimée.

Ces taches, hyperchromiques ou achromiques, sur la présence desquelles on a voulu baser la description d'une forme spéciale de lèpre (*lèpre maculeuse*), peuvent exister seules pendant plusieurs années; mais tôt ou tard apparaissent d'autres manifestations de l'infection.

L'une des plus précoces et des plus importantes est une éruption à laquelle on donne le nom de pemphigus lépreux et qu'il vaut mieux désigner sous celui de *lépride bulleuse*: se développant avec une grande rapidité et toujours en petit nombre à la fois, variant du volume d'un grain de mil ou d'une lentille à celui d'une noisette ou d'un œuf de poule, ces bulles ou phlyctènes sont remplies d'un liquide citrin; leur existence est éphémère; elles sont bientôt remplacées par des croûtes minces recouvrant une tache rouge ou violacée qui, après la chute de la croûte, prend peu à peu une coloration brunâtre et plus rarement devient achromique. D'autres fois, lorsque la paroi de la bulle a été arrachée, il se produit une ulcération qui laisse après elle une cicatrice d'un blanc éclatant entourée d'un mince liséré brunâtre. Plus rarement, la base de la bulle se transforme en une eschare sèche dont l'élimination met à nu une ulcération à fond grisâtre et longtemps persistante. Lucio et Alvarado, Poncet (de Cluny), ont décrit, sous le nom de lèpre lazarinne, une variété caractérisée par des ulcérations de ce genre, développées en grand nombre sur des taches érythémateuses, sans autres manifestations lépreuses apparentes.

Quelle que soit l'évolution des léprides bulleuses, on voit au bout d'un certain

temps de nouveaux éléments semblables se produire au voisinage du premier. Le développement des bulles peut se poursuivre pendant plusieurs années.

La sensibilité est ordinairement normale, parfois exagérée, au niveau des cicatrices qui succèdent aux premières bulles, mais une zone d'anesthésie plus ou moins étendue est de règle sur les cicatrices développées plus tardivement.

L'éruption bulleuse occupe surtout les membres sur lesquels elle a certains sièges de prédilection, le dos des mains et des pieds, le sommet des coudes et des genoux; elle est exceptionnelle à la face et sur les muqueuses.

Au bout d'un temps variable, apparaissent des troubles portant plus manifestement la marque de leur origine nerveuse: hyperesthésie généralement persistante qui occupe des zones plus ou moins étendues des membres, de la face ou du tronc et qui rend insupportable le moindre contact, douleurs paroxystiques parfois horriblement intenses sur le trajet des nerfs des membres ou de la face, contre lesquelles on a tenté parfois l'élongation des nerfs. Dès cette période, on peut constater en explorant certains cordons nerveux, et en particulier le nerf cubital au niveau de l'articulation du coude, des épaisissements réguliers ou sous forme de chapelets, qui dans la suite deviennent plus volumineux, plus facilement appréciables, et se rencontrent sur d'autres cordons nerveux.

Ces tuméfactions nerveuses ont une très grande valeur diagnostique dans les cas douteux de lèpre, quoiqu'on les rencontre dans d'autres névrites périphériques. Il faut cependant éviter de les confondre avec les micro-adénopathies qui peuvent succéder à des ulcérations lépriformes des extrémités et siéger au voisinage immédiat des nerfs: ces micro-adénopathies ont pour caractère d'être bien circonscrites, d'être placées excentriquement, par rapport au tronc nerveux, tandis que la nodosité névritique fait corps avec le nerf et dessine un renflement fusiforme qui s'atténue graduellement<sup>(1)</sup>.

L'atrophie musculaire débute ordinairement par les muscles de l'éminence thénar comme dans l'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, envahit ensuite les muscles de l'éminence hypothénar et les interosseux, produisant la griffe classique, puis atteint les muscles extenseurs des doigts.

Le siège de l'amyotrophie sur les éminences thénar et hypothénar, que Hansen considère comme un caractère absolu à la période d'état de la lèpre, n'est pas constant: Hallopeau a vu ces régions respectées à une période très avancée de la maladie<sup>(2)</sup>. Aux membres inférieurs, l'atrophie occupe principalement les muscles du pied et de la jambe et en particulier les extenseurs des orteils, les fléchisseurs du pied et les péroniers. Elle peut atteindre les muscles des bras, des cuisses, les pectoraux, les deltoïdes, les fessiers, amenant des déformations en tout semblables à celles qu'on observe dans l'atrophie musculaire progressive ou dans la syringomyélie.

Ces altérations musculaires s'accompagnent, au prorata de la disparition de la substance contractile, de faiblesse et d'impotence fonctionnelle; on est étonné cependant de la facilité avec laquelle les lépreux atrophiques exécutent encore un bon nombre de mouvements. A la face, la parésie est plus appréciable qu'aux membres et, en raison de la localisation des lésions musculaires,

<sup>(1)</sup> JEANSELME et MILIAN, De l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la maladie de Morvan. *Bullet. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 mai 1898, p. 467.

<sup>(2)</sup> HALLOPEAU, Sur un cas de lèpre anesthésique avec déformation singulière des membres. *Annales de Dermatol.*, 1894, p. 450.