

offre une importance diagnostique toute spéciale : commandée par l'envahissement des rameaux périphériques du nerf facial, elle atteint presque uniquement les muscles les plus superficiels : le frontal est inerte ; par suite de la parésie de l'orbiculaire palpébral, l'occlusion de l'œil ne peut plus se faire, la paupière supérieure est tombante, l'inférieure est en ectropion ; de là résulte, pour la nutrition de l'œil, un danger spécial : le globe oculaire n'est plus lubrifié par les larmes ni protégé par les paupières, d'où la xérophthalmie, des exulcérations cornéennes, etc. Dans les cas les plus accusés, la joue se creuse, les lèvres sont immobiles par suite de la paralysie de leur muscle orbiculaire, la lèvre inférieure est pendante, la fente labiale asymétrique ; le malade ne peut plus siffler et la prononciation des consonnes labiales est difficile.

Les troubles trophiques cutanés revêtent des formes variées. Par places, et surtout aux extrémités, la peau s'amincit, s'atrophie, devient lisse ou ridée ; les ongles s'amincissent et tombent ou ne sont plus représentés que par une sorte de petit crochet corné. En d'autres points de ces mêmes extrémités, la peau se fendille, il se produit des ulcérations linéaires, qui deviennent de plus en plus profondes, ou bien des phlyctènes se développent et sont l'origine d'ulcérations rebelles, ou encore un durillon est le point de départ d'altérations en tout analogues au mal perforant plantaire (Poncet). Quel que soit leur mode de production, ces lésions ulcéreuses pénètrent jusqu'aux articulations et amènent la chute de portions plus ou moins considérables des doigts et des orteils. D'autres fois les ulcérations, en creusant, arrivent jusqu'aux parties dures, provoquent la nécrose des os, qui s'éliminent par exfoliation. C'est là une des formes de la *lèpre mutilante*.

D'autres fois, la mutilation a lieu par une sorte de résorption spontanée, sans ulcération, comme dans certains cas de sclérodactylie. Ces déformations des extrémités sont très comparables à celles que l'on rencontre dans la sclérodémie, dans la maladie de Raynaud et dans la syringomyélie, type Morvan.

L'anesthésie est un des symptômes les plus caractéristiques de la lèpre trophoneurotique. Son début est difficile à préciser, les malades s'en apercevant par hasard, à l'occasion d'un traumatisme ou d'une brûlure qui ne leur cause aucune douleur ; elle occupe non seulement la peau, mais les tissus profonds, tout au moins au bout d'un certain temps ; elle porte ordinairement à la fois sur les divers modes de la sensibilité : sensibilité tactile, sensibilité à la douleur, sensibilité thermique, mais peut présenter exceptionnellement la dissociation si remarquable qu'elle offre dans la syringomyélie. Son intensité est très variable : chez certains sujets, elle consiste uniquement dans l'impossibilité de percevoir le frôlement d'un corps mince et souple, tel qu'une plume ou un mince pinceau d'ouate.

Jeanselme⁽¹⁾ a constaté par des recherches très précises que la répartition de l'anesthésie est manifestement symétrique ; débutant au niveau de l'extrémité libre des membres, elle remonte graduellement vers leur racine. L'anesthésie des parties profondes du derme est en général moins marquée et plus tardive que celle des parties superficielles. Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre ensuite le type segmentaire ; elle ne correspond pas à la distribution périphérique d'un tronc nerveux, mais semble commandée par une altération des racines postérieures de la moelle.

(1) JEANSELME, De l'anesthésie dans la lèpre. *Bullet. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juillet 1897, p. 963.

Affreusement mutilé par suite de la marche progressive des lésions, immobilisé par l'atrophie de ses muscles, épuisé par la suppuration de ses ulcères, véritable cadavre vivant, indifférent à l'évolution de sa maladie, le sujet atteint de lèpre anesthésique succombe dans le marasme ; sa fin est parfois précipitée par des accidents nerveux tétaniformes, par l'albuminurie, par une diarrhée profuse, exceptionnellement par la tuberculose pulmonaire.

La durée totale de la maladie est certainement plus longue que pour la lèpre tuberculeuse : elle est en moyenne de 18 ans, d'après Danielssen et Boeck ; souvent elle dépasse 25 ou 30 ans, parfois même 40 ans.

Lèpre mixte. — Le plus souvent les deux formes précédentes s'associent l'une à l'autre. Tantôt, dès le début, les symptômes de la lèpre tuberculeuse et de la lèpre trophoneurotique se trouvent associés et évoluent parallèlement pendant toute la durée de la maladie, ou bien l'une d'elles prend le pas sur l'autre. Tantôt les troubles relevant de la lèpre nerveuse ont existé seuls pendant un temps plus ou moins long, lorsque apparaissent les lépromes cutanés. Tantôt, enfin, des troubles trophoneurotiques surviennent graduellement en même temps que l'éruption tuberculeuse disparaît progressivement, ou même après qu'elle a disparu plus ou moins complètement et depuis un temps plus ou moins long.

Anatomie pathologique. — Signalé en 1871, puis bien décrit en 1874 par Armauer Hansen (de Bergen), coloré par Neisser, le bacille de la lèpre mesure 5 à 5 μ . de longueur sur 1 μ . de largeur ; il est rectiligne ou légèrement flexueux, parfois renflé à une de ses extrémités ; coloré pour la méthode d'Ehrlich, il présente une série de points clairs, qui sont pour certains auteurs des lésions de dégénérescence et pour d'autres des spores. Ses réactions colorantes sont presque toutes identiques à celles du bacille de la tuberculose, cependant il se colore plus facilement par la méthode d'Ehrlich ; la fuchsine de Poirier le teint tandis qu'elle est sans action sur le bacille de la tuberculose ; enfin, il résiste ordinairement davantage à la décoloration par les acides.

Dans les tissus, la recherche du bacille présente quelque difficulté, lorsqu'il est peu abondant : Darier⁽¹⁾ recommande de laisser les coupes, obtenues après fixation dans l'alcool absolu, pendant 2 heures dans le liquide de Ziehl maintenu à une température de 40 à 50° et de décolorer doucement par l'alcool nitrique au 10°, puis de laver, déshydrater et éclaircir rapidement.

Glück a donné une élégante méthode de recherche du bacille de Hansen : il injecte une ou deux gouttes de solution de bleu de méthylène dans un léprome ; 48 heures après, il fait une piqûre au point injecté et, dans la sérosité qui sourd, il constate sans autre préparation la présence de quelques bacilles colorés.

Le bacille de Hansen se distingue du bacille de Koch en ce qu'il est plus uniforme et plus régulier que ce dernier et aussi en ce qu'il se trouve toujours, dans les liquides et les tissus, en quantité plus considérable que ce dernier et ordinairement en amas volumineux.

Le siège histologique du bacille de la lèpre a été l'objet de discussions encore pendantes et qui se sont poursuivies avec passion à la Conférence de la lèpre (1897).

(1) DARIER, Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les taches érythémato-pigmentées de la lèpre. *Annales de Dermatol.*, décembre 1897, p. 1229.

Pour Unna et son école, le siège régulier et presque constant des bacilles de Hansen est extra-cellulaire; ils occupent les espaces lymphatiques et sont entourés d'une « glée », substance gélatineuse sécrétée par les bacilles et produite par leur dégénérescence, qui a été prise pour un protoplasma cellulaire.

Pour la plupart des histologistes, et Neisser a soutenu cette opinion tout récemment encore, les bacilles sont principalement intra-cellulaires. Il semble en réalité que les deux opinions sont exactes et que le siège des bacilles est variable.

Un grand nombre d'expérimentateurs ont essayé de cultiver ce bacille : quelques-uns ont obtenu des résultats positifs plus ou moins constants et discutables; le plus grand nombre (Campana, B. Rake, Roux, Cornil et Chantemèsse, etc.) ont toujours échoué quels que soient les milieux sur lesquels ils l'aient semé.

Spronck⁽¹⁾ affirme cependant avoir extrait des tubercules lépreux un bacille qu'il a pu cultiver sur pomme de terre glycinée; l'agglutination de ce bacille par le sérum du sang des lépreux semblerait constituer une preuve de sa spécificité. Ces recherches devront être reprises.

Quelques auteurs ont été amenés à se demander si le bacille lépreux n'était pas mort dans les lépromes; cependant Arning a vu les fragments de lépromes mis dans l'eau stérilisée s'entourer de myriades de bacilles qu'il considère comme le résultat de la multiplication des parasites contenus dans le léprome.

L'inoculation des tissus lépreux aux animaux échoue constamment (Neisser, Köbner, O. Damsch, H. Leloir, Babès). Campana, Vidal et Cornil ont fait voir que les bacilles persistent dans les tissus greffés, ce qui a pu faire croire au succès des inoculations, mais qu'ils ne se répandent jamais dans les tissus voisins.

Le léprome, quel que soit son siège, est constitué par une accumulation de cellules embryonnaires ayant une grande tendance à se grouper en manchons autour des vaisseaux, lesquels sont variqueux et ont leurs parois épaissies; un certain nombre de cellules lymphatiques sont volumineuses, quelques-unes de dimensions telles qu'elles ressemblent à des cellules géantes. On a décrit dans les tissus lépreux de volumineux éléments ovoïdes, sphériques ou irréguliers, possédant des noyaux ovoïdes auxquels Virchow a donné le nom de cellules lépreuses; ces cellules lépreuses, d'après Unna et Leloir, ne seraient, la plupart du temps, que des amas zoogléliques de bacilles. Le léprome diffère du tubercule et du syphilome par sa marche plus lente, par sa moindre tendance à la nécrobiose, par sa limitation moins nette et par l'intensité plus considérable des lésions vasculaires et nerveuses. Il peut subir la transformation fibreuse.

Le léprome cutané occupe surtout les couches moyenne et inférieure du derme, et respecte la zone immédiatement sous-jacente aux papilles. Il détruit par compression les glandes dermiques et les follicules pileux autour desquels il se développe avec une prédilection marquée. Les bacilles font défaut dans l'épiderme, mais existent dans les follicules pilo-sébacés (Babès); pour Unna, ils feraient défaut dans les glandes sébacées, ce qui tient à l'aversion qu'ils semblent éprouver pour la graisse; ils sont nombreux autour des faisceaux nerveux et dans leur épaisseur.

Les taches lépreuses de la forme anesthésique sont constituées par une infiltration plus ou moins riche de cellules conjonctives disposées en manchon

⁽¹⁾ SPRONCK, La culture du bacille de Hansen et le séro-diagnostic de la lèpre. *Semaine médicale*, 1898, p. 595.

autour des vaisseaux. Darier⁽¹⁾, dans 8 cas sur 9, et encore le dernier cas était-il douteux, a trouvé dans ces lésions des bacilles, tantôt rares, tantôt en nombre très considérable.

Les lésions des muqueuses sont très analogues à celles de la peau.

Dans les sécrétions des ulcérations des muqueuses, on trouve le bacille de Hansen : Jeanselme et Laurens⁽²⁾, Sticker⁽³⁾, l'ont trouvé, et parfois en très grande quantité, dans le mucus nasal.

Les nerfs qui sont le siège de lépromes sont augmentés de volume dans des proportions souvent considérables, le plus souvent sous la forme de renflements fusiformes qui siègent surtout au voisinage des surfaces osseuses. Ces lésions, qui peuvent occuper presque toute l'étendue des divers nerfs, sauf les plexus et le tronc du sciatique, sont à la fois parenchymateuses et interstitielles; elles peuvent aboutir à la destruction totale du tube nerveux. Contrairement à l'opinion émise par Virchow, Leloir fait jouer le principal rôle à la névrite parenchymateuse; celle-ci a pour cause l'action directe sur l'élément nerveux du bacille dont la présence [dans le tissu nerveux a été constatée par Babès.

Les lésions méningo-médullaires (sclérose, atrophie) rencontrées d'une façon inconstante à l'autopsie des lépreux, semblent parfois être secondaires aux altérations des nerfs périphériques; ainsi Gerlach a pu constater dans un cas l'envahissement du nerf. Mais, d'autres fois, elles paraissent bien avoir une origine endogène, comme dans les cas de Jeanselme et P. Marie⁽⁴⁾ où les racines postérieures étaient à peu près complètement respectées et où il y avait des lésions systématisées de plusieurs faisceaux médullaires. Le bacille fait souvent défaut dans ces myélopathies. Cependant Soudakewisch et Babès ont trouvé des bacilles dans la moelle. On trouvera ce point particulier traité avec les développements qu'il comporte dans le chapitre consacré à l'étude des névrites périphériques, auxquelles nous renvoyons également pour l'étude détaillée des lésions histologiques de la névrite lépreuse.

Les ganglions lymphatiques, les veines sous-cutanées (Glück), le foie, la rate, le testicule, sont le siège de lésions généralement diffuses qui renferment des bacilles isolés ou groupés.

Les poumons sont fréquemment altérés à l'autopsie des lépreux, qu'il s'agisse de broncho-pneumonie ou de tuberculose pulmonaire; cette dernière est extrêmement fréquente dans la lèpre systématisée tégumentaire: les lésions pulmonaires considérées par Danielssen et Boeck comme appartenant à la lèpre semblent relever de la tuberculose, et Hansen n'a pas trouvé le bacille de la lèpre dans le poumon; notons cependant que Babès l'a rencontré dans des portions de poumon qui paraissaient saines à l'œil nu.

Le tube digestif paraît respecté d'une façon constante par la lèpre.

Le sang ne contient pas d'une façon permanente des bacilles: ceux-ci semblent se détruire rapidement lorsqu'ils y séjournent. La lymphe est, par contre, dans tous les points où elle est stagnante (lacunes interstitielles des divers tissus), le liquide de culture par excellence du bacille lépreux.

⁽¹⁾ DARIER, *loco citato*.

⁽²⁾ JEANSELME et LAURENS, *loco citato*.

⁽³⁾ STICKER, Thesen über die Pathogenese der Lepra. *Lepra-Conferenz*, 1897, Bd. I, p. 98.

⁽⁴⁾ JEANSELME et P. MARIE, Sur les lésions des cordons postérieurs dans la moelle des lépreux. *Revue neurologique*, 1898, p. 751.

La dégénérescence amyloïde des différents viscères n'est pas rare dans les autopsies de lépreux.

Diagnostic. — Le diagnostic de la lèpre est souvent embarrassant, mais ce qui fait le plus souvent méconnaître cette maladie, — et cette remarque s'applique surtout à la lèpre trophoneurotique, — c'est qu'on ne songe pas à son existence, non seulement dans les pays où la lèpre ne règne pas à l'état endémique, mais même dans ceux où elle est répandue.

Les troubles de la sensibilité, l'existence de lépromes sur le trajet des nerfs, le séjour plus ou moins prolongé dans un pays contaminé, telles sont les bases générales du diagnostic; encore faut-il remarquer que l'anesthésie peut faire quelquefois défaut, qu'elle peut exister dans diverses affections du système nerveux; quant à l'aveu du séjour dans une région lépreuse, il est quelquefois difficile à obtenir et n'élimine pas la coïncidence possible d'une affection cutanée ou nerveuse; d'autre part la lèpre peut se développer chez des sujets qui n'ont pas habité des pays réputés lépreux. Aussi, la constatation du bacille de Hansen est-il le seul signe absolu de l'existence de la lèpre. Le fait, peut-être dû souvent à une technique insuffisante, que le bacille de Hansen n'a pu être constaté à l'examen de quelques lésions lépreuses, ne saurait dispenser de le rechercher toutes les fois où il reste la moindre hésitation.

La recherche du bacille est facile dans la forme tuberculeuse, où l'excision d'un nodule donne le matériel nécessaire à cette recherche. Cette opération est d'autant plus simple que le tubercule lépreux est anesthésique. Si, cependant, le malade s'y refuse, on peut faire à la surface du nodule quelques scarifications superficielles et examiner le sang qui s'en écoule ou, quoique ce procédé soit moins fidèle⁽¹⁾, appliquer un vésicatoire et, dans la sérosité purulente qui s'en écoule (Kalindero), rechercher le bacille. Le pus des ulcérations nasales permet souvent cette recherche (Jeanselme, Sticker).

Dans la forme anesthésique, on peut rencontrer plus de difficultés: les macules lépreuses peuvent faire défaut ou être peu apparentes, et la constatation du bacille à leur niveau est parfois laborieuse. On doit alors rechercher le bacille dans le produit de sécrétion des ulcérations cutanées, s'il en existe, mais où il fait souvent défaut, dans le mucus nasal, où il se rencontre plus souvent. A défaut d'ulcérations cutanées ou nasales, ou en l'absence de bacille dans leurs produits de sécrétion, on recherchera le bacille dans la sécrétion purulente d'un vésicatoire appliqué sur une zone anesthésique (Kalindero), bien que ce procédé de recherche échoue souvent, ou dans un fragment de nerf excisé dans une région anesthésique suivant un procédé employé avec succès par Pitres dans un cas où le diagnostic avec la syringomyélie était particulièrement difficile⁽²⁾.

Les dermatoses avec lesquelles la confusion est possible dans la forme tuberculeuse sont, en dehors de l'érythème noueux que la marche de la maladie ne tarde pas à éliminer, le *lupus*, certaines formes de *syphilides* tuberculeuses hypertrophiques ou tuberculo-ulcéreuses, le *sarcome* cutané, la *lymphadénie* cutanée. L'erreur est presque toujours facile à éviter pour peu qu'on pense à la possibilité de la lèpre.

(1) BODIN, Note sur le procédé d'examen bactériologique de la lèpre par le vésicatoire suppuré. *Revue de médecine*, 1894, p. 808.

(2) PITRES, De la valeur de l'examen bactériologique dans le diagnostic des formes frustes et anormales de la lèpre. *Bullet. Acad. de médecine*, 29 novembre 1892.

Dans la forme trophoneurotique, on a pris les macules érythémateuses pour diverses variétés d'érythème, de roséole, pour le *pityriasis versicolore*, etc., on a confondu les taches pigmentaires avec le *vitiligo*, la *sclérodermie*; mais l'examen de la sensibilité, pour peu qu'on y pense, fera éviter l'erreur. De même il suffira presque toujours d'y songer pour reconnaître le pemphigus lépreux.

Les troubles trophiques des téguments et des muscles peuvent être la cause de confusion avec ceux de la *maladie de Raynaud*, la *sclérodactylie*, le *mal perforant* d'une part, avec les *atrophies musculaires* myopathiques ou myélopathiques d'autre part: on se rappellera que les altérations de la sensibilité font défaut dans ces affections ou y sont peu prononcées.

Il n'en est pas de même pour la *syringomyélie*, et surtout pour sa forme clinique connue sous le nom de maladie de Morvan; dans cette affection et dans la lèpre, les troubles trophiques des extrémités et les troubles de la sensibilité peuvent être identiques; mais, dans la lèpre, l'évolution des troubles trophiques est plus rapide, ils se sont développés chez des sujets ayant habité les régions lépreuses, les muscles orbiculaires palpébraux sont paralysés, enfin on constate des nodules lépreux, soit au niveau des téguments, soit tout au moins sur les nerfs cubitiaux. Une étude attentive de la sensibilité montre dans la lèpre une anesthésie symétrique, rubanée d'abord, plus tard segmentaire, imparfaitement dissociée, d'intensité graduellement décroissante en allant de l'extrémité libre du membre vers sa racine, et dans la syringomyélie une anesthésie asymétrique généralement dissociée d'une manière parfaite, de forme presque toujours segmentaire d'emblée sur les membres et de forme vestimentaire sur le tronc, à limites très tranchées. Ces caractères de la sensibilité, joints aux signes précédents, permettent souvent, à la condition toutefois que sa possibilité ait été soupçonnée, d'affirmer l'existence de la lèpre, diagnostic que le microscope devra toujours confirmer pour peu qu'il reste quelque doute.

Traitement. — On en est souvent réduit à un traitement palliatif. Par l'hygiène générale, par l'emploi des toniques et l'antisepsie locale (occlusion de toutes les ulcérations par des emplâtres ou des pansements avec des poudres antiseptiques ou des solutions antiseptiques), on s'efforcera de relever les forces du malade et on l'empêchera de s'infecter à la faveur des lésions ulcéreuses de ses téguments. Certaines localisations (oculaires, laryngées, etc.) peuvent imposer un traitement chirurgical destiné à remédier à des accidents immédiats plus ou moins sérieux. Parfois aussi les mutilations produites par la maladie nécessiteront l'amputation d'une portion ou d'un segment de membre. L'élongation des nerfs a parfois soulagé des malades torturés par de violentes douleurs.

L'ablation des lépromes et leur destruction au moyen des caustiques ou du feu seraient des moyens de guérison si les foyers pouvaient être tous atteints, mais comme elles ne peuvent être que partielles, sauf le cas tout à fait exceptionnel où l'on constaterait le foyer lépreux initial⁽¹⁾, elles constituent parfois des palliatifs, jamais des moyens curatifs, et c'est surtout à la thérapeutique interne que l'on doit s'adresser.

Des médicaments divers ont été proposés: presque tous ont échoué misérablement. On a obtenu quelques effets de l'ichthyol (Unna), de l'acide phénique, du salol à la dose de deux ou trois grammes, mais les substances qui méritent

(1) MARCANO ET WÜRTZ, Du diagnostic bactériologique précoce de la lèpre. Indications de l'intervention opératoire. *Archives de méd. expériment. et d'anat. path.*, 1895, p. 1.

certainement le plus de confiance sont l'huile de chaulmoogra et un des acides qui entrent dans sa composition, l'acide gynocardique (Z. Falcao, Vidal, L. Roux).

L'huile de chaulmoogra, qui reste toujours plus employée que l'acide gynocardique, est donnée, soit en capsules, soit dans du pain azyme, à doses progressives pouvant aller jusqu'à 200 gouttes et plus par vingt-quatre heures; elle est administrée en plusieurs fois, en même temps qu'une infusion aromatique chaude. Le régime lacté favorise sa tolérance. Il faut savoir cependant qu'elle est souvent supportée difficilement, qu'elle provoque des troubles digestifs, inappétence, vomissements, diarrhée, de l'albuminurie, et que ses effets doivent être surveillés de très près.

On a parfois signalé de bons effets des mercuriaux et des iodiques, mais ils semblent être restés passagers.

La lymphe de Koch produit une réaction locale modérée au niveau des lésions lépreuses (M. Joseph, Arning, Hallopeau, Goldschmidt, etc.), mais rien ne prouve qu'il s'agisse là d'un processus ayant une tendance curatrice, et parfois même elle a déterminé des poussées aiguës.

Des essais de sérothérapie au moyen d'injections de sérum d'animaux qui avaient reçu des inoculations de produits lépreux ont été entrepris, mais les résultats ont été ou nuls ou mauvais.

A l'emploi des moyens précédemment énumérés, il faut joindre la résidence dans les pays où la lèpre n'existe pas à l'état endémique et où il est, par suite, permis de supposer que son développement est moins facile.

Les mesures concernant la *prophylaxie* de la lèpre doivent varier suivant les conditions propres à chaque pays, suivant son degré de contamination lépreuse; elles doivent toujours s'inspirer de sentiments humanitaires. Elles peuvent être résumées d'une façon générale par les formules suivantes qui, sur la proposition de Hansen et de Besnier, ont été adoptées par la Conférence de la lèpre, réunie à Berlin en 1897 :

« Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie.

« La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés dans toutes les nations dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins.

« Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions de chaque pays. »

III

IMPÉTIGO

Définition. — L'impétigo est une affection contagieuse et inoculable, due à l'introduction sous l'épiderme de micro-organismes pyogènes et caractérisée cliniquement par le développement de pustules de petites dimensions auxquelles succèdent des croûtes jaunâtres d'apparence spéciale.

Il a été longtemps confondu avec l'eczéma, dont il diffère par sa marche rapide, par sa réinoculation facile, mais auquel il peut se superposer.

Les discussions encore pendantes ne permettent pas actuellement de le définir par son parasite causal.

Description. — La pustule initiale de l'impétigo, précédée par une tache érythémateuse fugace, atteint le plus ordinairement en quelques heures la dimension d'un grain de chènevis ou d'une petite lentille; lorsqu'elle n'a tout d'abord que le volume d'une tête d'épingle, elle s'accroît rapidement. De coloration blanchâtre ou gris jaunâtre, elle est recouverte d'un épiderme très mince qui se rompt avec la plus grande facilité, spontanément ou sous l'influence d'un léger grattage, de sorte qu'elle est essentiellement éphémère. De forme arrondie, hémisphérique ou légèrement ombiliquée à son centre lorsqu'elle atteint une certaine étendue, cette pustule est entourée d'une zone rouge érythémateuse.

La phase pustuleuse de l'impétigo étant courte et bientôt suivie de la formation d'une croûte, les pustules peuvent passer inaperçues ou être difficiles à constater au milieu des croûtes volumineuses qui attirent l'attention; cependant, un examen attentif permet presque toujours d'en découvrir un nombre plus ou moins considérable.

Lorsque la pustule est rompue, l'épiderme qui la recouvrait se plisse, s'affaisse, et le contenu se concrète en une croûte jaunâtre; la pustule continue parfois de s'étendre par sa périphérie pendant deux ou trois jours, formant autour de la croûte centrale un soulèvement épidermique blanchâtre incomplètement rempli de pus. La croûte s'élargit en même temps que la pustule progresse, et, lorsque celle-ci a cessé de s'étendre, la lésion n'est plus représentée que par une croûte épaisse, inégale, fragile, de coloration jaune, rappelant celle du miel (croûte mélicérique); cette croûte se détache facilement, laissant voir une surface humide, recouverte d'une sécrétion légèrement visqueuse dont la dessiccation reproduit une croûte semblable à la précédente. Les croûtes peuvent cependant devenir grisâtres au bout de quelques jours par suite de l'incorporation de poussières extérieures; elles peuvent même d'emblée être verdâtres par suite de modifications de la qualité du pus, ou brunâtres par mélange avec une certaine quantité de sang. Au bout d'un temps variable, mais ne dépassant pas une à deux semaines, les croûtes cessent de se reproduire; la surface qu'elles recouvraient est rougeâtre, tapissée par un épiderme mince; pendant un temps assez long, on voit persister à ce niveau une macule rouge; puis une légère tache brunâtre de forme arrondie. Les lésions de l'impétigo siégeant sur les parties glabres ne laissent pas de cicatrices après elles, à moins qu'elles n'aient été soumises à des grattages ayant déterminé leur ulcération; au cuir chevelu, au contraire, il n'est pas rare de voir leur succéder des cicatrices arrondies plus ou moins marquées et dépourvues de poils.

L'impétigo peut revêtir des formes cliniques diverses et dont quelques-unes méritent une mention spéciale, en raison de leur marche, de leur extension ou de leur configuration; mais ces formes cliniques n'ont pas l'importance que leur accordaient les anciens dermatologistes.

Les pustules d'impétigo peuvent être disséminées en petit nombre sur diverses régions du corps ou sur une région peu étendue (*impetigo sparsa* des auteurs), ou bien elles se groupent sur une surface restreinte, se confondent par leurs bords, et les croûtes qui leur succèdent se réunissent en une sorte de placard irrégulier, à bord sinueux et polycyclique (*impetigo figurata* des anciens auteurs).