

macules et de tubercules lépreux, de l'aspect le plus typique, être prises pour des poussées d'*érythème polymorphe*. Mais c'est avec la *syphilis* que la confusion a lieu le plus souvent; les macules érythémateuses en imposent parfois pour une roséole syphilitique, les taches achromiques pour une syphilide pigmentaire, les tubercules pour des éruptions spécifiques papuleuses ou lichénoïdes.

Les localisations sur les cavités nasale et buccale offrent une grande analogie dans les deux infections : les plaques opalines des commissures, les tubercules obtus de la langue, les lésions du voile du palais, de la luette et du larynx, suggèrent à notre esprit l'idée de syphilis avant celle de lèpre. C'est à la vérole que nous rapportons, en Europe, le *nez en lorquette*, mais il n'appartient pas en propre à cette infection, il faut savoir qu'en pays exotique cette déformation nasale est le plus souvent le sceau de la lèpre. Il n'est pas jusqu'aux lésions génitales, fréquentes dans les deux maladies, qui ne prêtent à l'erreur. Le phimosis et les tubercules du gland, l'orchite lépreuse, ressemblent parfois, à s'y méprendre, aux localisations similaires de la syphilis.

D'autres dermatopathies peuvent aussi donner le change : telles sont le *lupus hypertrophique*, le *mycosis fongoïde*, auquel Bazin donnait le nom de lèpre indigène, et la *sarcoïde de Bœck*, type morbide encore fort peu connu, que l'analyse histologique tend à rapprocher des tuberculides cutanées.

En cas de doute, on ne doit jamais tabler sur un seul signe pour édifier le diagnostic. Il faut grouper en faisceau les signes de valeur, et, parmi ceux-ci, accorder une place prépondérante aux troubles sensitifs dont la constatation est d'un grand secours.

Reconnaître la lèpre nerveuse exige souvent une analyse fort délicate, surtout en l'absence de toute manifestation éruptive. Et, en effet, les troubles qu'elle engendre, attitudes vicieuses, déformations, amyotrophies, n'ont, par eux-mêmes, rien de spécifique : ils n'indiquent qu'une localisation morbide sur le système nerveux ; ils ne trahissent pas leur origine. Un malade affligé d'une griffe cubitale, par exemple, peut être atteint d'une atrophie du type Aran-Duchenne aussi bien que de la lèpre. Le pseudo-tabès avec steppage peut relever aussi bien de l'éthylisme ou du bérubéri que de la polynévrile lépreuse.

Frappé de ces analogies objectives, Zambaco a tenté de faire entrer dans le cadre de la lèpre toute une série d'affections très diverses : l'atrophie musculaire progressive, la maladie de Raynaud, l'aïnhum, la sclérodermie, la syringomyélie et la maladie de Morvan. C'est surtout sur ces deux dernières maladies que porte le débat. L'anatomie pathologique ne fournit aucun argument à la thèse soutenue par Zambaco. Si l'on excepte le cas de Souza-Martins (de Lisbonne), dans lequel l'examen bactériologique pratiqué par Pestana et Bettencourt n'a porté que sur des frottis de lamelles incomplètement décolorées, on n'a jamais trouvé le bacille dans la moelle d'un sujet atteint de syringomyélie confirmée. En réalité, si l'on fait abstraction des cas exceptionnels, la ressemblance entre la lèpre et la syringomyélie, dans leurs formes typiques, n'est que superficielle. Généralement, l'ensemble des

symptômes concomitants rend le diagnostic de ces deux affections, sinon facile, du moins possible. On peut résumer ainsi leurs caractères différentiels :

Dans la *lèpre mutilante*, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils; l'anesthésie est d'abord rubanée et ne devient segmentaire que dans la suite; elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc; la paralysie faciale est très fréquente et d'origine périphérique; les nerfs cubitiaux sont fusiformes ou noueux; la scoliose fait constamment défaut; la trépidation épileptoïde est rare et, quand elle existe, elle est souvent à l'état d'ébauche.

Dans la *syringomyélie type Morvan*, les panaris restent très souvent cantonnés à l'une des extrémités; l'anesthésie prend la forme vestimentaire au tronc et segmentaire aux membres, sinon dès le début, du moins à une période peu avancée, par suite de la juxtaposition et de la fusion en une nappe uniforme des rubans d'anesthésie contigus; la paralysie faciale est rare et d'origine centrale; les nerfs cubitiaux sont normaux, ou du moins peu amplifiés et jamais noueux; la trépidation épileptoïde est commune et la scoliose est très fréquente.

Le diagnostic de la lèpre, dans les périodes de trêve, est souvent fort difficile. Il faut alors rechercher les signes que l'on pourrait appeler les *stigmates permanents* de la lèpre, savoir : 1° l'anesthésie disposée en îlots au niveau des taches hyperchromiques ou achromiques, l'anesthésie répartie symétriquement aux extrémités des membres; 2° le gonflement et l'état moniliforme des nerfs accessibles à la palpation, rameaux du plexus cervical superficiel et nerfs cubitiaux; 3° les tubercules sous-cutanés de l'oreille; 4° les manifestations oculaires; 5° la rhinite et les épistaxis; 6° les altérations des organes génitaux; 7° la chute des sourcils; 8° les cicatrices que laissent après eux les tubercules et les bulles de pemphigus au niveau des coudes et des genoux.

Mais il se peut que tous ces stigmates fassent défaut. Dans ces cas ambigus, il faut, avant de se prononcer, recourir à l'*examen bactériologique*. Un frottis de lamelles, fait avec le pus des tubercules ulcérés, contient une véritable bouillie bacillaire. Mais il est rare que l'observateur reste dans le doute devant un cas de lèpre aussi avérée. Quand il s'agit d'éléments jeunes et non ouverts, une biopsie montre sur les coupes d'innombrables bacilles. Dans une simple tache, pour être plus délicate, la recherche n'est pas moins fructueuse, comme l'a démontré Darier.

Un examen que l'on ne doit jamais négliger, c'est celui du *mucus nasal*. Les résultats que j'ai obtenus, en instituant cette recherche d'une manière méthodique, ont été confirmés peu après par Sticker dans l'Inde, par Auché en Nouvelle-Calédonie et, plus récemment, par Thiroux à Madagascar. Dans les formes tuberculeuses et même maculo-anesthésiques, le mucus est souvent bacillifère dès les premières périodes de la lèpre, si bien qu'un simple frottis de lamelle donne alors la clef d'un diagnostic épineux. Toutefois, la rhinite peut manquer, même dans la lèpre confirmée, de sorte que, si la présence du bacille est probante, son absence n'exclut pas la possibilité de la lèpre. Tout récemment, Leredde et Pautrier ont réussi à faire apparaître le

bacille de Hansen dans le mucus nasal, en provoquant chez des lépreux un coryza iodique. J'ai pu, sur un malade, vérifier les assertions de ces auteurs et j'estime que ce nouveau moyen de diagnostic mérite d'entrer dans la pratique courante.

Étiologie. — La lèpre, maladie infectieuse et bactérienne, ne reconnaît qu'une cause efficiente : l'envahissement de l'organisme par le bacille de Hansen.

Les conditions étiologiques autrefois invoquées ne sont que des causes adjuvantes. De tout temps, certains modes d'alimentation ont été accusés de produire la lèpre. C'est généralement le poisson mariné et la viande de porc qui ont été incriminés. En réalité, l'alimentation est incapable de créer la lèpre, tout au plus peut-elle en favoriser la localisation sur la peau.

Même remarque pour le *climat*. Si les pays lépreux dessinent autour du globe une ceinture para-équatoriale, les régions glacées situées au delà du cercle polaire ne sont pas exemptes du fléau.

La misère, la saleté, la promiscuité, corollaires obligés du *surpeuplement*, sans créer la lèpre, favorisent au plus haut degré son extension.

Comme pour toute autre maladie infectieuse, il faut chercher son origine soit dans la contagion, soit dans l'hérédité.

Nombre d'épidémies insulaires, de date récente, donnent la notion d'importation et de transmission d'homme à homme. La plus connue est celle des îles Sandwich ou Hawaï, qui éclata soudain après l'arrivée dans l'archipel de nombreux immigrants venant tous de pays à lèpre. C'est aussi à l'importation de coolies qu'il faut rapporter l'origine de l'épidémie meurtrière qui sévit en Nouvelle-Calédonie. Dans cette belle possession, la lèpre ne frappe pas seulement les autochtones, elle gagne aussi les blancs, et elle s'accroît chez eux d'une manière fort inquiétante. La répartition des cas dans la population pénale est fort instructive. Il s'agit ici d'individus tous nés en France, indemnes, par conséquent, de tare lépreuse héréditaire. Or, parmi les 4000 relégués que leur régime a tenu éloignés de toute communication avec les indigènes, il n'y a pas un seul lépreux, tandis que parmi les forçats et libérés, en contact journalier avec les Canaques, les cas de lèpre sont nombreux.

Mieux encore que les épidémies insulaires, certaines épidémies partielles, circonscrites à une *localité* peu peuplée, à une *famille*, permettent de suivre avec certitude la filiation des cas. Les cas *individuels* de contagion, survenant en pays lépreux, sur des sujets originaires de contrées exemptes de lèpre, sont encore plus probants. Pour ne citer que ce que j'ai vu personnellement, une religieuse et un ecclésiastique d'origine française ont contracté la lèpre en Birmanie. Il existe, à ma connaissance, en Indo-Chine française, un missionnaire, un négociant et un soldat qui sont devenus lépreux dans la colonie.

Il ne manque, pour établir la contagiosité, que la *preuve expérimentale*. Les tentatives d'inoculation faites sur les animaux ont constamment échoué. Une seule expérience a donné un résultat positif, celle que fit Arning sur le convict Keanu, auquel on promit la vie sauve s'il acceptait de subir l'inocu-

lation de la lèpre. Un tubercule cutané fut fixé dans une incision de l'avant-bras du condamné. Les premières manifestations furent circonscrites au membre inoculé; plus tard, de nombreux tubercules se disséminèrent sur tout le tégument.

Le pouvoir nocif n'est ni égal d'un malade à l'autre, ni constant chez un même sujet. Aucune comparaison ne peut être établie entre un lépreux de forme nodulaire et un lépreux du type anesthésique. Le premier, en effet, projette au dehors de nombreux bacilles par de multiples *voies d'émission*. La sécrétion de ses tubercules ulcérés contient une véritable émulsion de bacilles; c'est, à coup sûr, la principale voie de dissémination. La *muqueuse nasale* est une autre source très importante de contagion, à cause de la fréquence et de la précocité de ses lésions. La salive qui baigne les ulcérations bucco-pharyngées est souvent contaminée. La sécrétion conjonctivale est plus rarement virulente. Le lait ne contient pas de bacilles, hormis le cas de mammité lépreuse. Le sperme peut certainement être virulent, car des boules bacillaires sont entraînées jusque dans les canaux déférents. Quand un tubercule encastre le méat, la fosse naviculaire contient une goutte de pus, où j'ai vu des myriades de bacilles. Le vagin est souvent bacillifère, alors même que les organes génitaux sont en parfait état d'intégrité.

Si nous connaissons les voies d'émission du bacille de Hansen, nous ignorons ses *voies d'accès*. L'altération de la *pituitaire*, par sa fréquence et sa précocité, peut être considérée comme la lésion initiale dans un certain nombre de cas. L'infection peut aussi pénétrer par la *voie génitale*. Pendant le coït, en effet, des boules bacillaires, entraînées par le sperme, se déposent dans le vagin, et, d'autre part, la muqueuse vaginale, même saine, élimine chez les lépreuses des bacilles qui peuvent se greffer sur le gland ou dans l'urèthre de l'homme. La pénétration des bacilles par une *plaie cutanée* est également une hypothèse fort plausible. On a accusé la *vaccination* de propager la maladie. La grande épidémie des îles Sandwich aurait suivi la diffusion de la vaccine de bras à bras. Arning a constaté la présence du bacille de Hansen dans la lymphe et les croûtes vaccinales prélevées sur des lépreux.

Pitres et Auché (de Bordeaux) ont vérifié les assertions de Arning. Sur un lépreux qui avait été vacciné avec succès dans l'enfance, ils ont partiqué la revaccination, à la fois sur des portions de peau saine et sur des plaques anesthésiques et achromiques. L'éruption vaccinale apparut aux points inoculés, et l'examen bactériologique de l'exsudat accumulé dans les vésico-pustules permit à ces expérimentateurs de constater la présence des bacilles lépreux dans les éléments développés sur la peau malade, mais évidents aussi sur les portions de peau en apparence tout à fait saine.

Un cas clinique montre que le vaccin emprunté à un enfant exempt de toutes manifestations lépreuses peut communiquer la lèpre. Un médecin, dit Gairdner, vaccina son propre enfant avec de la lymphe prise sur un enfant sain en apparence, mais qui était issu de souche lépreuse et qui devint lui-même lépreux dans la suite. Puis il se servit de son propre enfant comme vaccinifère et inocula ainsi la lèpre à un autre enfant. La prudence

conseille donc de proscrire formellement la vaccination de bras à bras dans les pays à lèpre.

Bergmann rapporte que, d'après Hildebrand, Moor et Saxe, des enfants se seraient contaminés en se piquant, par esprit d'imitation, avec des aiguilles ou des canifs que des camarades lépreux avaient enfoncés dans des points insensibles de leur propre tégument.

Si la notion de contagion est assise sur des bases solides, la notion d'hérédité, au contraire, perd constamment du terrain depuis qu'on la soumet à une rigoureuse analyse. Elle ne saurait expliquer l'extension rapide de certaines épidémies. D'ailleurs, en dépit de tout ce qui a été dit et écrit sur les capacités prolifiques des lépreux, leur faculté de procréation diminue, en réalité, très rapidement; à tel point que, si la lèpre ne se transmettait que par l'hérédité directe, elle serait en voie d'extinction dès la seconde génération. D'après Alvarès, les lépreux des îles Hawaï n'ont, en général, pas d'enfants. Zambaco lui-même, partisan si convaincu de l'hérédité, reconnaît qu'il y a peu de naissances dans les familles lépreuses, et que l'avortement, la mort des nouveau-nés, y sont fréquents.

C'est en publiant leurs célèbres arbres généalogiques des lépreux que Danielssen ou Bœck avaient cru établir définitivement l'hérédité de la lèpre. En réalité, comme plus tard Zambaco, ils étaient enclins à voir dans toute *maladie familiale* une maladie héréditaire. Trouvaient-ils dans les ascendants, collatéraux ou descendants du malade, un individu atteint de lèpre, on considérait aussitôt l'origine héréditaire comme établie. Mais tous ces cas rapportés à l'hérédité ne peuvent-ils pas être imputés à la contagion familiale? Nulle part mieux que dans la vie en commun ne sont réunies les conditions qui réalisent la contagion. Pourquoi, dès lors, invoquer l'hérédité? L'étude minutieuse des lèpres familiales rend d'ailleurs celle-ci peu probable. Dans le milieu domestique, l'apparition de la lèpre n'est pas régie par la parenté: les membres de la famille qui vivent au loin restent indemnes; par contre, les amis intimes, les serviteurs, ne sont pas épargnés. *Les enfants de lépreux, soustraits dès leur naissance au foyer infectieux, restent indemnes.*

L'âge de première apparition de la lèpre est peu en faveur d'une origine héréditaire. Loin d'être la règle, la *lèpre infantile* est l'exception; les enfants de lépreux ne naissent pas lépreux, ils ne le deviennent qu'après un certain temps, pendant lequel la contagion a pu s'exercer. Au-dessous de 5 à 5 ans, la lèpre est extrêmement rare, elle ne devient commune que vers la 10^e année.

La plupart des cas de *lèpre des nouveau-nés* ont été observés sur des enfants âgés de plusieurs mois. Tel celui d'Azavedo Lima concernant un enfant atteint à 14 mois, dont la mère était devenue lépreuse pendant sa grossesse; tel aussi celui de Babes et Kalindero ayant trait à un enfant de lépreux qui présenta, à 6 mois, des nodules dont la nature fut vérifiée microscopiquement. Ces faits montrent que la lèpre peut débiter fort tôt, mais ils ne prouvent nullement qu'elle est héréditaire. C'est surtout Zambaco qui a réuni un grand nombre d'observations de lèpre précoce. Il s'agit d'en-

fants issus de lépreux, malingres, d'aspect vieillot, atteints de dystrophies et de cachexies infantiles ne différant en rien de celles qu'on observe chez les descendants de tuberculeux ou de syphilitiques. Ou bien il s'agit d'enfants venus au monde avec des taches; mais ces taches, pourquoi les imputer à la lèpre plutôt qu'à la syphilis? sont-elles anesthésiques? renferment-elles des bacilles? On a négligé ces recherches qui seules pourraient authentifier leur origine lépreuse. J'ajoute qu'un examen personnel ne m'a révélé aucune lésion microscopique dans le placenta et le cordon d'une femme atteinte de lèpre en période d'activité¹.

En résumé, l'hérédité de graine, de même que pour la tuberculose, peut être tenue pour négligeable. Tout ce qu'on peut accorder aux partisans de la théorie héréditaire, c'est une *hérédité de prédisposition*. Il existe certainement des familles dont les membres possèdent une grande réceptivité pour la lèpre. La contagion est le fait primordial, le terrain héréditaire se borne à la favoriser.

Prophylaxie. — La lèpre se transmet d'homme à homme par contagion; l'hérédité, si elle existe, est exceptionnelle. C'est donc la contagion qu'il faut s'efforcer de prévenir.

La prophylaxie *individuelle* consiste à tarir les différentes sources d'émission bacillaire que présente le lépreux. Les ulcérations de la peau et des muqueuses seront soigneusement pansées; les ustensiles de toilette et de table du malade seront stérilisés périodiquement; ses vêtements et pièces de pansement, désinfectés ou détruits par le feu. Les personnes qui vivent dans l'entourage du lépreux devront occlure sur le champ les moindres érosions cutanées qui pourraient servir de porte d'entrée.

L'enfant né de parents lépreux doit-il être confié à une nourrice, allaité par sa mère, ou soumis à l'allaitement artificiel? En principe, cet enfant doit être présumé indemne de lèpre à sa naissance; cependant, comme il est impossible d'affirmer qu'il n'est pas déjà contaminé, *il ne doit pas être confié à une nourrice.*

Une femme lépreuse qui habite un pays à lèpre doit-elle ou peut-elle allaiter son enfant? Je pense que celui-ci doit être séparé de sa mère dès sa naissance et, si possible, élevé au biberon dans une contrée où la lèpre est inconnue.

Si l'enfant est né dans une région où la lèpre n'a aucune tendance extensive, faut-il conseiller l'allaitement maternel ou l'allaitement artificiel? Si la mère est atteinte d'une *lèpre tégumentaire à foyers ouverts*, tels que des tubercules ulcérés ou de la rhinite lépreuse, je pense qu'on ne peut autoriser l'allaitement par la mère. Mais si la lèpre maternelle est du type tropho-neurotique, s'il n'y a pas de mammite lépreuse et que le lait ne

(¹) Parmi les cas rapportés par Zambaco, le plus intéressant est le suivant: un enfant, né d'un lépreux et d'une femme non lépreuse, présentait, dès sa naissance, quelques taches et trois petites papules de la face. Après quelques jours, apparut, au milieu de phénomènes fébriles, une éruption de macules étendues à contours géographiques; elles étaient anesthésiques, et des lépromes se développaient. Non seulement Zambaco, mais les médecins de la léproserie de Chio, où mourut l'enfant, et même les médecins de l'hôpital Saint-Louis (sur la vue de dessins), jugèrent qu'il s'agissait bien de la lèpre. Par malheur, l'examen bactériologique ne fut pas pratiqué.

contienne pas de bacilles, je pense qu'on peut consentir à l'allaitement par la mère, sous la réserve d'une surveillance attentive et de la suppression immédiate de l'allaitement s'il se produisait des accidents de caractère virulent. La lèpre, dans les pays où elle n'est pas endémique, est extrêmement peu contagieuse : les risques de contamination pour l'enfant sont donc fort problématiques.

Un enfant sain ne doit être confié à une nourrice ou à une servante indigène qu'après s'être assuré que celle-ci ne présente aucun signe suspect. Voici un exemple qui démontre combien, en pays lépreux, il faut être circonspect dans le choix des serviteurs indigènes : un Lyonnais vient s'établir dans un pays où la lèpre est endémique; il ne devient pas lépreux. Il se marie avec une blanche également indemne de lèpre. Leur fils, né dans la colonie, s'unit avec une Française originaire du Loir-et-Cher. J'ai pu m'assurer que ni l'un ni l'autre n'est atteint de lèpre. Or, ils ont cinq enfants, dont les trois premiers sont lépreux. D'hérédité, il ne peut être question. Dans ce cas, la maladie fut évidemment introduite dans la famille par une négresse, qui éleva l'ainé des enfants et mourut plus tard de la lèpre.

Si les précautions que je viens d'indiquer pouvaient être observées à la lettre, il n'en faudrait point d'autres. Mais la négligence les rend illusoirs. Force est donc de préserver par des mesures législatives la population saine, malgré la répugnance qu'on éprouve à restreindre la liberté individuelle. L'isolement des lépreux est le moyen de protection sociale par excellence. Mais il est impossible d'isoler tous les lépreux même indigents. Les lois devront donc interdire à ces lépreux restés dans la circulation l'exercice de certaines professions, qui les exposent à contaminer des individus sains : telles sont celles qui ont trait à l'alimentation, à l'habillement, aux soins des malades, au service domestique. Il y a lieu aussi de leur interdire l'accès des bains et fontaines, des hôtels et des véhicules publics.

Mais toutes ces prescriptions, dans la pratique, doivent être adaptées aux circonstances de temps, de milieu et de race. Car toute loi qui heurte les mœurs, les croyances et même les préjugés d'un peuple ne saurait être viable.

Traitement. — Les mesures prophylactiques s'imposent comme une nécessité d'autant plus inéluctable que la thérapeutique de la lèpre est presque impuissante.

Il faut, avant tout, placer le lépreux dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, le soustraire à l'influence néfaste du pays à lèpre, faire choix pour son établissement d'un lieu salubre situé sous un climat tempéré. Le grand air, un exercice modéré, une nourriture saine et peu animalisée, sont d'excellents adjuvants du traitement thérapeutique.

L'eau joue un rôle capital dans l'hygiène des lépreux. Des ablutions quotidiennes leur sont nécessaires. Les bains très chauds leur procurent un soulagement notable. Les bains de mer ont en général une action excellente. Diverses eaux thermales passent pour avoir une action favorable sur l'évolution de la lèpre; ce sont, en France, dans les Basses-Pyrénées, les eaux

ferrugineuses et sulfatées cuivreuses de Saint-Cristau; en Bosnie, la source ferro-arsenicale de Guber, et, à Java, la source bicarbonatée-ferrugineuse chaude de Pelantoengan.

Le remède le plus vanté, en France, est l'huile de *Chaulmoogra* extraite des graines d'un arbre de l'Inde appartenant à la famille des Bixacées, le *Gynocardia Prainii*. On l'administre d'ordinaire par la bouche, sous forme de capsules de gélatine, en commençant par V gouttes matin et soir, pour augmenter de IV à X gouttes par jour jusqu'à L et même C gouttes chez l'enfant. Autant que possible le malade doit ingérer cette dose massive pendant des mois, il y parviendra plus facilement en se soumettant au régime lacté exclusif. Malheureusement ce médicament détermine trop souvent du dégoût, des troubles gastriques et de la diarrhée. Aussi Hallopeau et Danlos l'ont-ils administré en lavements. L'huile, stérilisée par la chaleur, ou filtrée sur bougie Chamberland, peut être injectée sous la peau; elle est fort bien supportée. L'*ichtyol*, absorbé à doses croissantes, de 0,25 centigrammes à 1 gramme suivant l'âge, constitue l'élément principal du traitement de Unna. On le donne en pilules ou en solution :

Sulfo-ichtyolate d'ammonium	10 grammes
Eau distillée	20 —

Prendre chaque jour V à XXV gouttes de cette solution dans une assez grande quantité de liquide.

Les effets très incertains de la médication interne doivent être corroborés par le *traitement local*. Dans le cas de lèpre *incipiens* réduite à une seule macule anesthésique, il ne faut pas hésiter à faire l'ablation de cette tache qui est peut-être l'accident initial. Par cette prompte et radicale intervention, Leloir, Marcano et Würtz auraient réussi à juguler la maladie.

Pendant le stade fébrile des poussées éruptives, on se contentera de donner de la quinine ou du salicylate de soude *larga manu*. Mais lorsqu'elles sont sur leur déclin, on peut hâter leur disparition par l'emploi de nombreux topiques : l'huile de *Chaulmoogra*, soit pure, soit sous forme d'emplâtre, soit incorporée dans une pommade⁽¹⁾; l'huile de Kanti (extraite de l'*Hydrocarpus ebrians*, plante voisine du *gynocardia*) employée pure en frictions sur tout le corps; le baume de gurjum qui doit être étendu d'une ou deux parties d'eau de chaux, car il provoque facilement de la dermite.

En Allemagne, Unna et ses élèves soumettent leurs malades aux *cures d'exfoliation* répétées. Ce traitement énergique consiste à provoquer la desquamation en masse de l'épiderme corné par l'application de topiques réducteurs dont les principaux sont les acides pyrogallique, chrysophanique et salicylique, la résorcine et l'ichtyol. On les renouvelle quotidiennement

(¹) Huile de Chaulmoogra	2 à 4 parties
Vaseline	5 —
Paraffine	1 —
	(Brocq).

pendant 5 ou 4 jours, puis on les remplace par des topiques calmants ou protecteurs. Les agents de cette médication très active doivent être surveillés, car ils peuvent causer des accidents et même des intoxications. En aucun cas, il ne faut appliquer sur la peau un topique contenant plus de 2 à 5 grammes d'acide pyrogallique, suivant l'âge.

Mais les topiques ne peuvent avoir raison des infiltrats volumineux, il faut les détruire soit par la potasse caustique, soit mieux encore par le fer rouge.

Toutes les muqueuses de la face doivent être étroitement surveillées. La douche nasale et l'application d'une pommade dans le vestibule des narines prévient, ou retarde du moins, le développement de la rhinite; les gargarismes antiseptiques mettent pour un temps la cavité buccale à l'abri des localisations de la lèpre et le simple lavage des yeux à l'eau bouillie diffère l'apparition de la conjonctivite.

Quand, malgré ces moyens préventifs, une muqueuse s'infiltré de lépromes, il faut attaquer ces néoformations sans tarder, avec la curette et le galvano-cautère, car le coryza lépreux entraîne la perforation de la cloison et l'effondrement du nez; la conjonctivite est suivie de kératite, d'iritis et aboutit à la cécité; la laryngite lépreuse conduit à l'aphonie et peut nécessiter la trachéotomie.

XXXII

PÉDICULOSE DU CUIR CHEVELU

PAR LE D^r W. DUBREUILH

Étiologie. — Le *pediculus capitis* (de Geer), ou pou de tête, est excessivement fréquent chez les enfants et beaucoup plus rare chez l'adulte.

Le corps présente une coloration gris cendré, uniforme dans la portion moyenne et un peu plus foncée sur les bords. Du reste, sa couleur varie un peu suivant la race d'hommes sur lesquels il habite.

La femelle a une longueur de 2^{mm},7 et une largeur de 1 millimètre, le mâle est un peu plus petit (1^{mm},8). La tête est irrégulièrement losangique et réunie au thorax par un cou relativement mince; elle porte en avant les pièces de la bouche et latéralement des antennes cylindriques à cinq articles. Le thorax, de forme trapézoïde, est intimement uni en arrière à l'abdomen, les trois paires de pattes sont insérées à sa face inférieure. Celles-ci, divisées en cinq segments, sont conformées de manière à permettre au parasite de s'accrocher aux poils. L'abdomen, de forme générale ovale, diffère un peu dans les deux sexes et permet de les caractériser rapidement. Il est constitué par sept anneaux dont les six premiers sont noirâtres sur les bords, ce qui distingue le pou de tête du pou de corps; chez la femelle, ces anneaux sont séparés par des échancrures latérales bien indiquées et le dernier segment porte en outre une échancrure médiane et postérieure. La vulve est au fond de cette échancrure et sur la face ventrale. Chez le mâle, les bords latéraux de l'abdomen sont plus unis, son extrémité postérieure est arrondie, le dernier anneau porte, à sa face supérieure et sur la ligne médiane, une ouverture par laquelle le pénis fait saillie au dehors.

Le pou de tête, comme ses congénères, vit aux dépens du sang; il entame les téguments au moyen de son rostre, et cet appareil, visible au moment où il fonctionne, est constitué par un dard très aigu et une sorte de gaine molle, rétractile, qui s'applique sur la peau au moment de la succion.

La femelle pond une cinquantaine d'œufs piriformes, longs d'un peu moins de 1 millimètre, et d'un éclat gris nacré; ils sont fixés sur les cheveux, dirigés obliquement en haut et en dehors et adhèrent par un enduit chitineux très tenace qui enveloppe le cheveu. Le plus ordinairement, on n'en trouve qu'un ou deux sur chaque cheveu, mais, quand les poux sont très abondants, les œufs sont échelonnés sur une certaine longueur et très près l'un de l'autre. R. Crocker en a compté vingt-neuf à côté l'un de l'autre formant une seule série. J'en ai trouvé une fois quarante sur le même cheveu. Comme ils sont pondus en remontant, l'œuf le plus ancien d'une série et qui, par suite, écarte le premier, est le plus inférieur (Kaposi). D'autre part, ils sont toujours placés très près de la peau, dont ils sont