

ment. L'infection peut se produire à distance. force est bien d'admettre, en pareils cas, une transmission par les voies respiratoires, bien que les expériences de Cadéac et Mallet soient peu favorables à l'idée de contamination de l'air inspiré.

Il faut tenir compte, dans une certaine mesure, du terrain qu'offrent au contact les individus exposés; il paraît certain que le surmènement, ainsi que toutes les causes d'affaiblissement de l'organisme, augmentent la vulnérabilité.

SYMPTÔMES. — Les auteurs décrivent une *forme aiguë* et une *forme chronique* de la morve et du farcin; il faut y ajouter des cas mixtes.

Ce sont presque exclusivement les formes chroniques que les dermatologues ont l'occasion d'observer.

Constamment, on peut observer une *période d'incubation* dont la durée diffère suivant que le virus est transmis par inoculation ou par infection. Dans le premier cas, elle est en moyenne de trois à cinq jours; on a vu la maladie se manifester au bout de vingt-quatre heures; jamais elle ne se déclare après le septième jour. Dans le cas d'infection, les premiers symptômes ne se manifestent généralement qu'au bout de deux ou trois semaines; on a vu leur apparition tarder pendant plusieurs mois; on peut supposer qu'en pareil cas il y a déjà une altération en évolution, mais latente, dans une région échappant facilement à l'observateur, telle que la cavité nasale.

Morve aiguë. — Lorsqu'il s'agit d'une infection, la maladie débute par des symptômes généraux consistant surtout en une sensation profonde d'affaiblissement, une céphalalgie intense, des nausées, des douleurs articulaires très pénibles, une réaction fébrile intense; il est exceptionnel que les malades puissent continuer pendant quelques jours leurs occupations.

Dans le cas d'inoculation, la plaie, qui constitue la porte d'entrée, peut être en voie de cicatrisation, mais, le plus souvent, elle s'ulcère et tend à s'étendre. Vers le sixième jour, les malades accusent une sensation d'obstruction des fosses nasales: leur voix devient nasonnée; bientôt, survient un écoulement par les narines d'un liquide filant, d'abord muco-purulent, puis purulent, parfois mélangé de sang. Ce jetage est plus ou moins abondant; il s'élimine par l'arrière-gorge lorsque le sujet est dans le décubitus dorsal.

On constate simultanément les signes d'une inflammation ulcéreuse des fosses nasales ainsi que du pourtour des narines; concurremment, le nez, et souvent aussi les parties voisines des joues, se tuméfient en même temps qu'elles rougissent et prennent un aspect comparable à celui de l'érysipèle; comme dans cette dermatose, il peut survenir secondairement des éruptions vésiculeuses ou bulleuses et des escarifications partielles; les conjonctives sont envahies par l'intermédiaire des points lacrymaux; elles sécrètent également un liquide purulent; les paupières prennent part à la tuméfaction centrale

du visage; il est rare que l'inflammation spécifique se propage jusqu'au cuir chevelu.

Concurremment, il se fait une éruption sur la muqueuse des premières voies: les gencives deviennent fuligineuses et souvent s'ulcèrent; l'arrière-gorge et le larynx sont le siège des mêmes altérations; il en résulte un trouble profond dans leurs fonctions.

Enfin, la peau est généralement le siège d'une éruption. Tout d'abord, on observe souvent de la tuméfaction et de la rougeur au voisinage du point inoculé; il peut même s'y développer une phlébite ou une angioleucite; puis, en même temps que les manifestations nasales, ou un peu après, se produit, particulièrement au visage et sur les membres, une éruption de pustules acuminées ou plates qu'entoure une aréole érythémateuse; elles peuvent reposer sur une base indurée; on peut voir survenir également des phlyctènes remplies du même liquide purulent; consécutivement, il se produit, soit des ulcères persistants, soient des escarres; cette dermatose n'a rien de pathognomonique.

Les ganglions des parties où siège l'éruption, et surtout ceux des régions sous-maxillaire et cervicale, se tuméfient et deviennent douloureux; exceptionnellement, ils suppurent.

Bientôt, surviennent des accidents du côté des voies respiratoires; l'adynamie fait de rapides progrès et les malades succombent après avoir présenté des troubles des appareils nerveux, rénal et digestif, et être tombés dans l'adynamie la plus profonde.

Il est douteux qu'il existe un cas de guérison (1).

Farcin aigu. — Il est beaucoup plus rare que la forme aiguë de la morve. Les phénomènes d'invasion sont les mêmes que dans les cas précédents; l'éruption se fait dans le même laps de temps, c'est-à-dire vers le sixième jour; elle consiste en des tumeurs multiples sous-cutanées; elles ne méritent pas habituellement le nom d'abcès, car elles ne renferment souvent qu'un exsudat visqueux et rougeâtre; elles s'ulcèrent cependant, avec ou sans sphacèle du tégument qui a pris secondairement une couleur violacée en même temps qu'il s'est induré; un ulcère persiste, recouvert d'un exsudat sanieux; il peut devenir le point de départ d'angioleucites; plus rarement, il se développe profondément des collections purulentes; au bout de quinze à vingt jours, quelquefois plus tardivement, apparaît une éruption de pustules semblables à celles de la morve aiguë; elles peuvent aboutir au sphacèle.

Les malades sont en proie à une fièvre intense; ils tombent bientôt dans l'adynamie et la mort survient avec le même cortège symptomatique que dans la forme précédente, mais d'habitude plus tardivement, vers la fin de la septième semaine.

(1) H. ROGER, art. MORVE et FARCIN du *Traité de médecine* de CHARCOT et BOUCHARD, 1898.

Formes chroniques. — Elles sont presque toujours farcineuses; quand il survient de la morve, c'est secondairement et tardivement.

La maladie peut débiter par des phénomènes généraux semblables à ceux des formes aiguës, mais la fièvre, au lieu de persister, cède ou, tout au moins, diminue beaucoup d'intensité. Comme phénomènes généraux, il y a lieu de noter tout particulièrement des douleurs intenses au niveau des articulations, parfois accompagnées de gonflement; d'autres fois, le début de la maladie est en outre annoncé par l'apparition de phénomènes anormaux au point d'inoculation: ils consistent en de la douleur, de la tuméfaction et parfois une traînée lymphangitique; enfin, l'infection peut être primitivement pulmonaire: il en était ainsi dans l'un des faits de Besnier. Entre le trentième et le quarantième jour, apparaissent des tumeurs multiples; elles peuvent être sous-cutanées ou, plus rarement, intramusculaires; lorsque l'on vient à les ouvrir, il ne s'en écoule le plus souvent, au début, que du sang ou un *liquide jaunâtre ou rougeâtre, remarquable par sa consistance visqueuse que l'on peut comparer à celle d'une solution de gomme*; d'autres fois, le contenu est d'emblée purulent: il s'agit alors d'abcès. Après leur ouverture, artificielle ou spontanée, il reste une ulcération qui peut se cicatriser assez rapidement ou demeurer ulcéreuse.

Ces altérations se manifestent le plus souvent au niveau des membres; les premières peuvent se produire dans la région qui a été le siège de l'inoculation.

Les ulcérations peuvent se développer dans d'autres conditions qui ont été déterminées par E. Besnier (1). Sur une base infiltrée, rouge, livide, pâteuse, se continuant insensiblement avec les parties saines, survient un bouton farcineux sous forme d'une saillie dont le volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un grain de chènevis ou d'une lentille; bientôt, il se ramollit; sa surface se parseme de points jaunes qui s'ouvrent en donnant issue au même liquide qui a été décrit précédemment. L'ulcération ainsi formée a tendance à s'accroître en surface et en profondeur; d'après une observation recueillie par Jeanselme et l'un de nous (H.) (2), les bords de ces ulcérations deviennent bientôt irréguliers, sinueux en certains points, dentelés et déchiquetés en d'autres; partout, ils sont coupés avec une remarquable netteté; le *fond* de l'ulcération creuse simultanément des excavations au-dessous d'eux, les fouille, les décolle; aussi, en quelques points, les bords devenus libres se retournent en dehors, comme cela se voit dans les épithéliomes; le fond de l'ulcère est constamment baigné par une couche de liquide louche et brillant

(1) BESNIER, S. f. D., 1891, p. 184.

(2) HALLOPEAU et JEANSELME, *Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë* (S. f. D., 1891, p. 163).

d'où l'on voit émerger des mamelons hémisphériques jaunâtres que l'on prendrait au premier abord pour des pustules; il tend incessamment à se produire des cicatrisations, mais elles sont le plus souvent incomplètes et éphémères, car le tissu de cicatrice est de nouveau envahi par le mal.

Ce processus possède une puissance destructive supérieure peut-être à celle de toute autre production morbide; l'un de nous (H.) a vu l'une des lèvres, ainsi altérée, tomber en quelques jours en un débris putrilagineux. Il peut secondairement se produire des escarres.

Les altérations sont disséminées sur toute la surface du corps; elles présentent le plus souvent une localisation dans les parties centrales de la face, en se propageant dans les cavités ou les envahissant de prime abord; on observe ainsi des ulcérations de la voûte palatine souvent polycycliques et tapissées par un liquide puriforme; le nez, les voies lacrymales deviennent le siège de pertes de substance; la morve chronique vient compliquer le farcin; un jetage abondant se fait par les narines; des croûtes volumineuses sont expulsées.

La durée de la maladie varie entre quelques semaines et plusieurs années: l'un de nous (H.) l'a vue se prolonger durant six années pendant trois desquelles elle était restée, après la guérison d'abcès multiples, tellement silencieuse que le malade s'était cru guéri et avait pu reprendre son travail.

La mort peut être le résultat des progrès de la cachexie ou d'une complication rénale (Besnier). D'autres fois, il se fait une poussée aiguë érysipélateuse: elle se manifeste d'ordinaire à la face: les paupières, le nez, les joues se tuméfient et rougissent; bientôt, elles se recouvrent de pustules jaunes, hémisphériques, du volume d'un grain de chènevis; le pus s'accumule sous les paupières et dans le sac lacrymal; le jetage s'établit ou augmente; il peut survenir des escarres qui entraînent rapidement de larges pertes de substance; une fièvre hectique s'allume; la rate devient volumineuse; une diarrhée permanente et fétide s'établit.

L'examen des urines y dénote la présence d'albumine en quantité et d'urobiline; les membres inférieurs et la paroi abdominale s'œdématisent; on constate l'existence d'ascite. L'un de nous (H.) a vu cette situation lamentable se prolonger durant plus de six semaines après le début de la poussée aiguë terminale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — BACTÉRIOLOGIE. — Suivant Cornil, Leredde, les pustules farcineuses ressemblent beaucoup à celles de la variole; elles présentent le même état vésiculeux des cellules épithéliales, le même réseau fibrillaire formé par les cellules épithéliales altérées et infiltrées de globules blancs. Kelsch a trouvé l'épiderme séparé du corps papillaire par un exsudat amorphe. Ces pustules diffèrent cependant de celles de la variole par leur tendance gangreneuse (Leredde).

Nous n'insisterons pas sur les lésions cutanées et viscérales (1) des formes ordinaires de la morve, mais la farcinose chronique de la face mérite une description spéciale. Le derme offre un œdème considérable, qui dissocie ses éléments et efface les papilles; on trouve une très grande quantité de fibrine. L'infiltration leucocytaire est plus serrée dans la profondeur qu'à la surface; elle est constituée par des leucocytes mononucléés qui, de place en place, constituent des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. On trouve enfin une grande quantité de cellules pigmentaires.

Le tissu conjonctif tend manifestement à se scléroser. Les artères sont saines, mais les capillaires ont des parois épaissies, les veines sont dilatées, partiellement oblitérées par la fibrine (L.).

On trouve dans les tissus morveux un bacille spécial qui a été décrit et isolé à peu près simultanément en France par Bouchard, Capitan et Charrin, en Allemagne par Schuetz et Loeffler. Il se présente sous la forme de bâtonnets semblables à ceux de la tuberculose, bien qu'un peu plus larges; ils mesurent de 2 à 5 μ . de long sur 0,2 à 0,4 μ . de large; on les trouve parfois groupés en amas dans les tissus. Ils se colorent facilement, mais se décolorent par le Gram; leur coloration n'est pas homogène; on distingue entre les points sombres autant de points clairs: ils représentent des spores, si on en croit Weichselbaum. Les cultures les plus caractéristiques sont celles que l'on obtient avec la pomme de terre; d'abord jaunâtres et transparentes, puis ambrées, elles forment, au bout de six à huit jours, des masses opaques d'un brun rougeâtre qu'entoure une aréole d'un bleu verdâtre; cet aspect rappelle celui du microbe pyocyanique dont les autres modes de culture permettent aisément de le distinguer.

Ces bacilles se trouvent surtout dans les foyers farcino-morveux et dans les liquides qui en émanent; ils existent également dans les lymphatiques et les ganglions correspondants. On ne peut les découvrir dans le sang ni dans les autres humeurs virulentes inoculées aux animaux. Ces cultures donnent lieu, au bout de peu de jours, au développement de foyers multiples d'infection farcineuse dans lesquels on retrouve ces mêmes éléments multipliés.

DIAGNOSTIC. — En raison de la rareté de la maladie et de la ressemblance que peuvent présenter ses manifestations avec celles d'autres dermatoses destructives, il peut offrir de grandes difficultés. Nous ne parlons pas de la morve aiguë dans laquelle le jetage et les altérations nasales ainsi que la réaction générale éveillent suffisamment l'attention, mais de la forme ulcéreuse chronique. Lorsqu'on se trouve en présence d'ulcérations rebelles, à bords déchiquetés, résistant au traitement spécifique, ne s'accompagnant pas de nodules lupiques et ne présentant pas les rebords indurés de l'épithéliome,

(1) LEREDDE, Thèse de Paris, 1893. — MÉNÉTRIER, Traité de BROUARDEL et GILBERT.

on doit penser à une infection farcino-morveuse et chercher dans les antécédents s'il y a eu probabilité de contamination. Il faut, en outre, recourir de suite au moyen de diagnostic découvert par Straus: il consiste à injecter dans le péritoine du cobaye mâle les produits suspects: au bout de quarante-huit heures, on observe constamment un gonflement des bourses; si l'animal résiste un certain temps, une ulcération se fait au niveau de chacune des bourses et donne issue au contenu de la vaginale. A l'autopsie, on trouve les testicules entourés d'une matière blanche formant une coque plus ou moins épaisse, de consistance variable, quelquefois aussi ferme que du tubercule cru, plus souvent demi-liquide et puriforme. Elle n'est pas nettement purulente et c'est là un fait important à retenir, car Bureau a plusieurs fois constaté, dans le service de l'un de nous, que l'injection de pus vulgaire dans le péritoine peut donner lieu rapidement à une suppuration de la vaginale, en même temps qu'à une péritonite généralisée à laquelle cette vaginalite est subordonnée.

On devra, en tout cas, contrôler le diagnostic par les cultures pathognomoniques sur pomme de terre; on peut également recourir, comme moyen de diagnostic, à une injection de malléine.

PRONOSTIC. — La gravité de cette maladie est extrême; on ne cite qu'un petit nombre de cas de guérison. Nous avons vu cependant qu'après un traitement approprié un malade observé par l'un de nous avait eu un répit de trois ans: nous ne pouvons nous empêcher de penser que, si les nouvelles atteintes de la maladie avaient été d'emblée attaquées avec la même énergie que les premières, cet homme aurait pu guérir.

TRAITEMENT. — Le meilleur consiste dans les cautérisations ignées; c'est à elles surtout que l'on doit la destruction de foyers en évolution et la production de longues périodes silencieuses, parfois même de guérison; mais il faut, pour les pratiquer, que les altérations soient accessibles au cautère.

Il semblerait, en raison de l'action qu'il est facile d'exercer sur les cultures, que divers antiseptiques pourraient détruire la virulence des foyers: c'est ainsi que la solution au millième de sublimé et les essences de cannelle et de girofle y tuent les bacilles en quinze minutes; on sait, d'autre part, que ce bacille n'a qu'une vitalité médiocre et que, dans les foyers d'infection, on voit incessamment se produire des cicatrifications partielles; mais, malheureusement, il est le plus souvent impossible d'atteindre, par les applications antiseptiques, tous les éléments infectieux; elles ne produisent que des améliorations passagères et n'empêchent pas le mal de progresser.

Il est inutile d'insister sur les nécessités de la prophylaxie: la règle est d'abattre les animaux atteints d'infection farcino-morveuse. Cette pratique est aujourd'hui singulièrement facilitée par l'emploi de la malléine comme diagnostic: en injectant sous la peau quelques

gouttes d'une solution de cette substance, on provoque, chez les animaux atteints de cette infection, une réaction fébrile qui atteint son maximum d'intensité au bout de douze heures; cette réaction permet d'affirmer le diagnostic et de prescrire de suite l'abatage de l'animal infecté. Depuis que les vétérinaires procèdent ainsi, le nombre des cas de morve a considérablement diminué.

LÈPRE

Les manifestations cutanées de la lèpre peuvent résulter, soit d'une localisation dans le tégument externe du bacille lépreux, ou de ses toxines, soit de troubles trophiques dus à l'infection des nerfs cutanés par ces mêmes agents. Elles constituent les altérations les plus fréquentes et comptent parmi les plus importantes de cette maladie ont nous devons faire connaître les caractères d'ensemble (1).

HISTORIQUE. — L'histoire de la lèpre est très difficile à établir, en raison, d'une part, de l'insuffisance des descriptions que l'on trouve dans les auteurs anciens, d'autre part de la confusion qu'entraînent les différences de langage. Les maladies désignées sous les noms d'*alphos*, de *leucé*, de *vilitigo*, d'*éléphantiasis*, de *morphée* et de *lèpre*, ont été considérées, souvent à tort, comme la représentant. Si donc il est probable que la lèpre remonte à la plus haute antiquité, l'on ne possède des documents précis sur son histoire que depuis l'ère chrétienne. D'après les consciencieuses recherches de Muench, c'est dans les écrits de Celse que l'on trouve, pour la première fois, une description qui s'y rapporte en toute certitude. Peu après, Arétée en a tracé un tableau remarquable.

Parmi les indications qui se rapportent à une époque antérieure, il faut mentionner surtout un passage de Coelius Aurelianus, citant comme s'étant occupés de cette maladie, au point de vue du traitement, Themison, qui vivait cent ans avant Jésus-Christ, et Démocrite, contemporain d'Hippocrate.

On a pendant longtemps enrichi l'histoire de la lèpre de données empruntées aux collections hippocratiques ou aux livres saints, particulièrement à la Bible. On doit à Muench d'avoir établi qu'elles se rapportent à d'autres maladies : il en est ainsi particulièrement de la *Zaraath* des Hébreux (2). D'après cet auteur, la lèpre n'a été importée, vraisemblablement de l'Inde, en Égypte, que dans les derniers siècles avant Jésus-Christ; de là, elle a gagné la Grèce, puis l'Italie.

Celse, Lucrèce et Pline sont d'accord pour admettre qu'elle a été introduite en Italie par les troupes de Pompée revenant d'Égypte.

Rare au temps d'Auguste, elle paraît s'être propagée pendant les

(1) HALLOPEAU, art. LÈPRE du *Traité de médecine et de thérapeutique* de BROUARDEL et GILBERT. Paris, 1895.

(2) SACH, *Warist die Zaraath der hebraïchen Bibel* (Virchow's Arch., 1896.)

siècles suivants dans les différentes parties de l'empire romain. En l'année 630, les Lombards, infectés par cette maladie, édictent une loi contre ceux qui en sont atteints. En 757, Pépin le Bref, en 789 Charlemagne, promulguent des lois relatives au mariage des lépreux. A la même époque, les léproseries, qui existaient dès le VII^e siècle, se multiplient : on cite, parmi leurs fondateurs, saint Ottomar, en Allemagne, et saint Nicolas, en France : des établissements semblables ont été signalés en Italie. Ces faits suffisent à établir que, pendant le moyen âge, la lèpre a existé dans l'Europe centrale. Mais l'époque où elle a atteint son plus grand développement est celle des croisades : elle devint alors un véritable fléau; sa fréquence a été comparable à celle de la syphilis de nos jours; il suffit, pour s'en convaincre, de considérer le chiffre des léproseries : il y en avait six dans Londres, alors fort petite ville, plus de 2 000 en France et plus de 19 000 dans toute la chrétienté. En Bretagne, des églises et des cimetières étaient, d'après Ogée, consacrés exclusivement à ceux qui en étaient atteints. Alors, se fonda le célèbre ordre de Saint-Lazare, dont les chevaliers se vouaient au service des lépreux et dont le grand maître devait être lui-même atteint de la lèpre (1).

La maladie se propagea au XIV^e siècle jusqu'en Russie. On peut se demander, il est vrai, avec P. Raymond, si cette lèpre du moyen âge n'était pas confondue avec d'autres dermatoses et particulièrement avec la syphilis; la constatation par cet auteur, dans le cimetière d'une léproserie, d'un crâne qui lui a paru nettement syphilitique est en faveur de cette manière de voir (2).

Grâce sans doute aux rigoureuses mesures d'isolement qui furent, dans toute l'Europe, prises contre les sujets atteints de lèpre, grâce peut-être aussi au diagnostic mieux établi de la syphilis, la maladie, quoi qu'il en soit, devenait, dès le commencement du XVI^e siècle, assez rare en France pour que les biens des léproseries fussent mis à la disposition du grand aumônier. Depuis lors, on n'en a plus observé, dans l'Europe centrale, que des cas isolés : ils suffisent à montrer cependant que la maladie y a toujours persisté : c'est ainsi qu'au commencement du siècle, Louis Valentin la signalait comme régnant d'une manière permanente aux Marligues et à Vitrolles, près de Marseille : Bouchard a établi qu'il en est encore de même aujourd'hui.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE. — Ce n'est pas seulement dans le delta du Rhône que la lèpre, de nos jours, persiste en France : il est avéré qu'il en existe plusieurs foyers dans les Alpes-Maritimes : on les localise surtout à Esa et à la Turbie, mais on a également observé récemment des cas de lèpre à Beaulieu, à Monaco, à Menton, à Ro-

(1) MOESEN, *De medicis equestri dignitate ornatis*; cité par Jourdan, art. LÈPRE du *Dictionn. des sc. méd.*, 1818.

(2) P. RAYMOND, *La lèpre et la syphilis au moyen âge* (Soc. de dermat., 1894).