

de guérison spontanée. L'intervention chirurgicale atteint plus tôt, plus sûrement et à moins de frais le même but, et la suppression des foyers tuberculeux n'est pas une chimère à toutes les périodes de la maladie.

Si le traitement médical est un adjuvant indispensable, il ne faut pas oublier qu'il doit, toutes les fois que le foyer tuberculeux est accessible, céder le pas au traitement chirurgical; or le traitement chirurgical ne comporte pas toujours des opérations sanglantes et comprend :

1° Des moyens résolutifs qui n'ont d'autre but que d'aider le travail de la nature;

2° Des moyens curatifs qui ont la prétention de supprimer le foyer, de détruire l'agent nuisible ou de transformer une affection parasitaire en une affection simple.

Au premier groupe appartiennent au début la compression, les injections interstitielles de HUETER (acide phénique 3 à 5 p. 100), les appareils inamovibles pour les articulations, etc. Lorsque ces traitements échouent, ce qui arrive trop souvent, le chirurgien peut encore favoriser l'élimination spontanée des produits en provoquant la suppuration. Les injections interstitielles de chlorure de zinc dans les adénites, la teinture d'iode appliquée sur la peau, le vulgaire cataplasme n'ont pas d'autre effet. Plus tard les injections détersives diverses réaliseront la même indication.

Les moyens curatifs chirurgicaux ont pour objet de détruire le parasite tuberculeux partout où il est accessible, de manière à l'empêcher de pulluler sur place, d'envoyer d'autres colonies dans les diverses parties du corps, d'infecter l'économie et d'épuiser les forces du malade. La seule contre-indication à ce traitement est de ne pas faire une opération plus périlleuse pour la vie du malade que l'affection elle-même. En supprimant dans une large mesure les causes de mort et les complications du traumatisme, la méthode antiseptique a beaucoup encouragé les essais des chirurgiens.

L'amputation d'un organe ou d'un membre à une certaine distance du foyer tuberculeux réalise très bien le but de la nouvelle méthode; c'est à elle qu'il faudra recourir lorsque les lésions locales seront tellement avancées ou graves que la perte de la fonction deviendra irremédiable, la restitution anatomique même partielle impossible. De tout temps ce précepte a été mis en pratique, malheureusement les chirurgiens opéraient souvent trop tard. Parmi les opérations de ce genre citons la castration dans l'épididymite tuberculeuse, l'amputation des membres dans les tumeurs blanches, les caries étendues, etc.

Le sacrifice d'un membre ou d'un organe, en pareille circonstance, s'explique naturellement; mais avant de recourir à une mesure aussi radicale on s'est demandé s'il n'y aurait pas avantage à pratiquer le curage, la destruction, l'extirpation du foyer sans enlever l'organe lui-même. C'est de là que sont nées les méthodes partielles déjà en honneur autrefois, aujourd'hui très répandues; les résections, les évidements des os cariés, l'extirpation des ganglions, la cautérisation des foyers tuberculeux du testicule, etc., ne sont pas récentes. Il faut reconnaître que ces opérations ont été beaucoup mieux réglées et que le grattage avec la curette tranchante permet de poursuivre plus sûrement les fongosités tuberculeuses.

Aujourd'hui l'intervention chirurgicale partielle n'en est plus à sa période d'essai. Si elle est encore timidement acceptée en France, il n'en est pas de même à l'étranger, et les résultats obtenus sont très satisfaisants. L'affection récidive assez souvent sur place, cela tient à ce que l'opération a été trop incomplète; ce n'est qu'avec une pratique plus longue qu'on pourra arriver à ne pas laisser trace des germes tuberculeux.

La voie pulmonaire étant la porte d'entrée la plus commune, le chirurgien se trouvera très fréquemment en présence d'un foyer secondaire. Encore dans ces conditions l'intervention et, par suite, la guérison d'un foyer exercent une heureuse influence sur la marche des autres manifestations. VELPEAU, VERNEUIL, RICHET, CADEAU, MARTIN ont suffisamment démontré les heureuses modifications de la phtisie pulmonaire après l'amputation. Mais il faut pour cela que les lésions pulmonaires ne soient pas trop avancées, car on court le risque d'activer la marche de la maladie chez les sujets épuisés; nous avons vu guérir après l'amputation des malades évidemment tuberculeux. TRÉLAT a formulé de la façon suivante la règle qui doit guider le chirurgien. « Lorsque chez un tuberculeux l'une des localisations aggrave l'état général il faut, si c'est possible, supprimer cette localisation par une opération d'exérèse. Si, au contraire, ce sont les lésions viscérales qui dominent la scène, il faut s'abstenir de toute opération; la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile et parfois trompeuse. » CH. NÉLATON a également exprimé très clairement dans sa thèse (p. 153) les préceptes qui servent de base à l'intervention; nous nous rallions complètement à sa manière de voir. « Donc, nous opérerons, dit-il, les lésions tuberculeuses externes, à moins de contre-indications spéciales; dans tous les cas nous opérerons aussitôt que possible, de façon à ne pas laisser les malades s'affaiblir par une suppuration locale prolongée, de manière à ne pas permettre à la lésion locale de s'étendre et de nécessiter ultérieurement une opération beaucoup plus grave que celle qui est tout d'abord réclamée. Nous les opérerons de bonne heure, enfin, chez les sujets qui ne présentent aucune manifestation pulmonaire pour parer au danger d'une manifestation possible. » Les indications et les contre-indications spéciales à chaque région et à chaque tissu seront exposées ailleurs.

2° MORVE ET FARCIN

Bibliographie. — GIRARD, *Remarques et observations sur l'identité de la morve et du farcin*, in *Recueil de médecine vétérin.*, 1829. — RAYER, *Mém. Acad. de méd.*, t. VI, 1837. — RENAULT et BOULEY, *Contag. de la morve*, in *Recueil de méd. vétérin.*, 1839. — SÉDILLOT, *Académie des sciences*, 1847. — *Bulletins de l'Académie de médecine de 1850 à 1861.* — CARPENTER, *Med. Times and Gaz.*, 1855, n° 266. — DEMARQUAY et DUFOUR, *Gaz. heb.*, 1856. — BOURDON, *Union médicale*, 1857. — SAINT-CYR, *Journal de médecine vétérinaire de Lyon*, 1862, 1863 et 1866. — TRASBOT et CORNIL, *Mém. de la Société de biologie*, 1866. — FREDET, *Société anatomique*, 1866. — GUYON, *Gaz. heb.*, 1867. — CHRISTOT et KIENER, *Académie des sciences*, 1868. — HÉRARD et CORNIL, *Gaz. des Hôp.*, 1868. — CARVILLE et CORNIL, *Recueil de médecine vét.*, 1868. — KELSCH, *Arch. de physiologie*, 1873, n° 6. — G. COLIN, *Académie de médecine*,

1873. — MOLINIER, *Revue médicale de Toulouse*, et *Gaz. hebdomadaire*, 1874. — RENAULT, *Académie des sciences*, et *Union médicale*, 1875. — G. COLIN, *Leucocytose morveuse*, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1876. — KUSELY, *Wiener Med. Press.* n° 36, p. 1152. — GALTIER, *Bull. Acad. de méd.*, 1881. — BOUCHARD, CAPITAN et CHARRIN, *Culture du microbe de la morve et transmission de celle-ci à l'aide du liquide de cultures*, in *Bulletins de l'Académie de médecine*, p. 1469, 1882. — SCHUETZ et LÆFFLER, *Parasites de la morve*, in *Berlin. klin. Wochens.*, 1883.

Consultez en outre le *Compendium*, les articles de BROUARDEL, in *Dict. encycl.*, et celui de TARDIEU, in *Nouv. dict. de méd. et chir.* (Bibliogr.).

Thèses de Paris. — 1836, PHILIPPE. — 1839, VIGLA. — 1841, LESUEUR. — 1842, POMMIER. — 1843, TARDIEU. — 1844, STEINER. — 1847, PATTÉ. — 1851, BERTHE. — 1862, FAUVEL. — 1863, PETER (Agrég.). — 1867, TARNOWSKI. — 1869, FILET. — 1881, CLÉMENT.

Thèse de Strasbourg. — 1846, BAUMONT.

Historique. — La morve, chez l'homme, n'a été bien étudiée que depuis le commencement du siècle.

En 1803, un vétérinaire, DELOBÈRE BLAINE, constate l'identité de la morve et du farcin et la possibilité de la transmission de cette maladie du cheval à l'homme. Le premier fait établissant nettement cette transmission remonte à 1821; il est dû à un médecin militaire prussien, SCHILLING. Il s'agissait d'un employé d'une école vétérinaire tombé malade après avoir soigné un cheval morveux, à l'autopsie de cet homme on trouva du pus dans les muscles; SCHILLING prétendit qu'il y avait eu inoculation directe. Cette assertion souleva de vives protestations. NAUMANN, directeur de l'école vétérinaire de Berlin, déclara simplement le fait impossible, et deux de ses contemporains, DIETRICH et HOLBACH, proposèrent de s'inoculer la matière de la morve.

Ces discussions eurent au moins pour résultat d'attirer l'attention des auteurs sur la question. Signalons rapidement les travaux de TRAVERS (1826), les observations de BROWN et ELLIOTSON (1833) en Angleterre; en Italie les mémoires de TAROZZI (1822) et de LAURIN (de Pavie) (1829), et arrivons au remarquable ouvrage de RAYER en 1837. Réunissant toutes les observations éparses dans la science, cet auteur établit par l'expérimentation: 1° que la morve peut se communiquer de l'homme aux solipèdes; 2° qu'elle ne naît pas spontanément dans l'espèce humaine, mais résulte d'une inoculation. Loin de se rendre aux vues de cet auteur, plusieurs de ses contemporains et parmi eux les professeurs d'Alfort, en particulier RENAULT, repoussent entièrement la doctrine de la contagion. De là une lutte passionnée entre les contagionistes et les non-contagionistes; les débats et discussions sur cette question occupent les sociétés savantes (*Académie de médecine*, *Académie des sciences*) jusqu'en 1840, puis parurent nombre de mémoires, parmi lesquels il convient de citer la thèse de TARDIEU (1843) et le travail de MONNERET (*Arch. de méd.*, 1847).

Plus tard VIRCHOW, dans son *Traité des tumeurs*, CORNIL, en 1868, et KELSCH, en 1873, étudièrent l'anatomie pathologique de cette maladie.

Étiologie. — Tous les auteurs admettent unanimement aujourd'hui les propositions suivantes: 1° la morve ou le farcin ne peuvent jamais apparaître

spontanément chez l'homme; 2° ces affections résultent toujours d'un contagement direct.

La morve peut se communiquer: 1° du cheval à l'homme; 2° de l'homme à l'homme.

La contagion peut être médiate ou immédiate. Les cas de contagion médiate ont été observés de préférence chez les individus qui habitent dans les écuries où il se trouve des animaux malades; ces faits deviennent de plus en plus rares à mesure que se perd la funeste habitude, qu'ont certains propriétaires de faire coucher dans les écuries les palefreniers et les garçons de labour.

Le plus souvent les accidents apparaissent après une inoculation directe. Il suffit d'une écorchure légère aux mains pour que, en pansant un animal malade, un vétérinaire ou un palefrenier soient infectés. La chair et les dépouilles des animaux morts, ici comme dans le cas de charbon, conservent pendant longtemps leurs propriétés virulentes. Telle est la raison de plusieurs cas de morve observés chez les équarisseurs, les bouchers et autres industriels qui, par leur profession, sont appelés à manier les cadavres des animaux.

Ceci étant donné, on comprend le danger qu'il y aurait, malgré les expériences de DECROIX, à employer pour l'alimentation la viande d'animaux farcineux ou morveux. Dans ces conditions, à moins qu'une cuisson très prolongée n'ait détruit la matière virulente, l'inoculation aurait de grandes chances de se produire.

Enfin, la morve a été contractée par des médecins et des étudiants en médecine en soignant leurs malades; elle peut donc se communiquer de l'homme à l'homme.

Formes. — La maladie se présente sous quatre modes cliniques différents.

1° *Farcin aigu.* — Il est caractérisé par des lymphangites auxquelles succèdent des abcès multiples, le tout accompagné d'un cortège de symptômes généraux graves.

2° *Farcin chronique.* — Sous cette forme l'affection aura une longue durée, donnant lieu à des poussées successives d'abcès à la suite desquels persistent des fistules, des douleurs musculaires et articulaires.

3° *Morve aiguë.* — Elle succède fréquemment à la variété précédente. La morve aiguë présente des symptômes analogues à ceux du farcin aigu; elle est caractérisée par des ulcérations des fosses nasales et des voies respiratoires.

4° *Morve chronique.* — On trouve la plupart des symptômes du farcin chronique avec des ulcérations spéciales.

Toutes les variétés de cette redoutable affection sont inoculables, mais chaque forme clinique ne donne pas nécessairement lieu à une manifestation analogue à elle-même: la morve peut très bien engendrer le farcin chronique et réciproquement.

Symptômes. — *Farcin aigu.* — La maladie débute de deux façons bien différentes. Tantôt, à la suite d'une inoculation directe, on voit apparaître, comme dans les piqûres anatomiques, une lymphangite plus ou moins intense; ou bien, après un contact médiate surviennent des accidents généraux graves, céphalalgie, nausées, vomissements, douleurs articulaires ou musculaires, sans phénomènes locaux.

Quel que soit le début, au bout de peu de jours se forment des abcès dont le

contenu est un liquide sanieux; çà et là de vastes collections purulentes se développent dans le tissu cellulaire, la fièvre augmente et le malade tombe dans l'adynamie.

Vers la fin de la deuxième semaine ou dans le cours de la troisième, apparaît une éruption abondante de grosses pustules. Elle est suivie de sueurs profuses et de gangrène des joues ou des autres régions. La fièvre augmente et la mort survient rapidement.

Morve aiguë. — Cette manifestation morbide succède souvent à la précédente ou au farcin chronique dont elle ne serait qu'un deuxième stade; quelquefois aussi elle débute d'emblée. Les phénomènes locaux et généraux sont les mêmes que ceux décrits dans le cas précédent, puis apparaissent du côté de la peau une série de manifestations éruptives: érysipèle, plaques gangréneuses.

L'érysipèle de la morve siège d'ordinaire à la face qui est entièrement tuméfiée. Il naît souvent autour d'une bulle ou d'une ulcération des fosses nasales. « Il est en général mal limité, n'a pas de bourrelet bien net, et est constitué par une rougeur érysipélateuse élevée sur un œdème dur » (BROUARDEL). La tension des tissus se montre parfois considérable dans ce cas. « Les paupières restent closes et laissent suinter une matière puriforme qui caractérise d'une manière frappante la morve aiguë » (TARDIEU).

Durant le cours de cet érysipèle, des abcès se forment dans le tissu cellulaire, puis vers le cinquième ou le sixième jour en général, se montre l'éruption caractéristique. « Cette éruption est d'abord constituée par une petite tache rouge sur laquelle apparaît bientôt une petite papule acuminée, dure, blanchâtre, qui se transforme rapidement en une pustule non ombiliquée, contenant du pus. Ces trois états successifs de l'éruption accomplissent leur évolution en vingt-quatre heures » (TARDIEU).

Ces pustules ont des formes diverses qui les ont fait comparer à celles de la variole, de la vaccine et de l'ecthyma.

L'érysipèle de la face se complique fréquemment de plaques gangréneuses. Au moment de l'éruption le nombre de ces plaques augmente. On les voit apparaître brusquement autour des articulations, souvent même elles ont pour origine une pustule. Pendant que ces phénomènes évoluent, on observe du côté des fosses nasales une série de symptômes absolument caractéristiques, en particulier le jetage. Les malades accusent à la partie postérieure des fosses nasales et dans le pharynx une sensation constante de corps étranger; la voix est enchifrenée et nasonnée. Bientôt des fosses nasales s'écoule une matière puriforme, parsemée de stries rougeâtres, sanguinolentes. Elle se concrète rapidement sur le bord des lèvres et dans les narines. Cet écoulement peut très bien passer inaperçu, on comprend en effet que pendant le décubitus la matière du jetage puisse s'écouler dans le pharynx, on le voit même manquer entièrement; des ulcérations détruisent la muqueuse par places et attaquent parfois le péri-chondre; dans la bouche, on trouve également la muqueuse ulcérée et parsemée de pustules; l'haleine est fétide. Ces symptômes inflammatoires entraînent rapidement l'engorgement des ganglions parotidiens; des épistaxis surviennent, la température augmente, le malade meurt dans le coma et l'adynamie.

Farcin chronique. — De toutes les manifestations de la maladie, c'est la plus fréquente. Elle peut résulter ou d'une inoculation ou de la contagion. Dans le premier cas, la lymphangite constitue l'accident initial; dans le second, des phénomènes généraux apparaissent tout d'abord, puis soudain, en une partie quelconque du corps, au front, au mollet, un abcès se forme rapidement, suivi d'autres semblables, et il n'est pas rare d'en voir cinq ou six en voie d'évolution. Leur volume varie entre celui d'une noix et d'un œuf de poule. Leur développement se fait avec ou sans symptômes inflammatoires. Dans ce dernier cas, la peau, au moment de s'ulcérer, présente une coloration bleuâtre comme dans les cas d'abcès tuberculeux. Le contenu de la tumeur est une sanie purulente; qu'il ait été évacué, grâce à une incision faite par le chirurgien, ou que l'on ait laissé à la nature le soin de détruire les parois de la poche, l'abcès ne se cicatrise pas constamment; il persiste souvent une fistule, ou mieux un ulcère (ulcère farcineux).

Les abcès se succèdent ainsi pendant plusieurs mois; la peau devient sèche, les fonctions digestives s'altèrent, les forces diminuent, des sueurs profuses affaiblissent encore le malade; il tombe dans un état de cachexie qui finit par amener la terminaison fatale. Parfois on voit apparaître les symptômes de la morve aiguë dont on connaît la gravité.

Comme l'a signalé TARDIEU, il peut survenir des rémissions trompeuses. Les abcès guérissent, le patient revient à la santé; mais alors que l'on croit la maladie terminée, de nouveaux abcès paraissent et viennent brusquement détruire toutes les espérances.

Cependant, lorsqu'il ne se complique pas de morve aiguë, le farcin chronique est susceptible de guérir; la durée de la maladie, toujours fort longue, varie de quatre mois à deux ans.

Morve chronique. — Cette variété apparaît rarement d'emblée; dans la majorité des cas, elle succède au farcin chronique, jamais à la morve aiguë. Le farcin chronique existe déjà depuis quelques années lorsque, brusquement, apparaissent des accès de toux et un mal de gorge avec douleurs caractéristiques de la trachée. La voix devient enrrouée et peut même disparaître entièrement; puis survient un enchifrenement, le malade renifle continuellement, rarement on voit du jetage; les narines sont sèches, couvertes de croûtes; il faut un examen attentif pour découvrir les ulcérations des fosses nasales, moins nombreuses et moins fréquentes que dans la forme aiguë.

Le pronostic est des plus graves, TARDIEU n'a pas signalé un seul cas de guérison.

Nature de la maladie. — J. RENAULT considère la pyohémie, la morve, la tuberculose, comme formant un groupe naturel. « Toutes, dit-il, paraissent originairement dériver de l'imprégnation de l'économie par un agent virulent plus ou moins saisissable. »

CORNIL, RANVIER, KELSCH rapprochent la morve de l'infection purulente; VIRCHOW, des affections tuberculeuses; TRABOT, TARDIEU et MARTINOT en font une maladie inflammatoire de nature spécifique.

Dès 1868, CHRISTOT et KIENER avaient signalé la présence de microbes dans les produits morveux. Relativement peu nombreux et peu développés dans le