

1° **Morve aiguë.** — Quand la maladie revêt une marche rapide, c'est généralement sous la forme morveuse qu'elle se présente, celle-ci s'installant d'emblée ou succédant à l'une des deux formes chroniques.

Comme nous le disions plus haut, l'invasion peut être marquée par l'apparition de phénomènes généraux, et, dans quelques cas, par des frissons. Mais ce qui domine dès le début, c'est la faiblesse qu'éprouve le malade; en même temps, il se plaint de céphalalgie; souvent il est pris de nausées; l'anorexie est absolue. Il y a là un ensemble symptomatique qui, surtout lorsqu'il est complété par l'existence d'épistaxis, fait penser à une fièvre typhoïde. On observe en plus des manifestations douloureuses au niveau des membres, et particulièrement des articulations; ces douleurs, quelquefois vagues et mal localisées, peuvent devenir très intenses, au point de simuler un rhumatisme articulaire aigu. Plus vives la nuit que le jour, elles reviennent spontanément ou ne se font sentir qu'à l'occasion des mouvements ou des pressions. Elles occupent généralement plusieurs jointures, mais peuvent, dans quelques cas, se localiser sur une seule. L'importance de ces manifestations articulaires justifie la description d'une *période arthralgique*.

Pourtant les accidents ne sont pas toujours aussi intenses, et, dans quelques cas, les malades ont pu continuer à vaquer à leurs affaires; c'est la *forme ambulatoire* de Bollinger.

Le plus souvent, les phénomènes généraux sont précédés de manifestations locales; ce mode de début est rattaché à l'inoculation directe. La plaie peut être déjà cicatrisée ou en voie de guérison; ailleurs, elle est ulcérée, offrant un aspect chancroïde et tendant à gagner de proche en proche.

Au niveau des parties découvertes, telles que la face, les mains, les pieds, on voit survenir une tuméfaction assez considérable. La peau, distendue, est sillonnée par des traînées de lymphangite formant des cordons durs, noueux, sensibles à la pression. Les ganglions correspondants sont rapidement envahis; ils sont tuméfiés et douloureux. Quelquefois, on observe sur les membres des phlébites qui, le plus souvent, accompagnent les angioloécites.

Au bout de 2 ou 3 jours, apparaît un des phénomènes les plus remarquables de la morve aiguë: c'est une inflammation particulière, sorte d'érysipèle siégeant sur un œdème dur, mal limité et n'offrant pas l'aspect grenu et le bourrelet si caractéristique de l'érysipèle franc. Il occupe généralement la face, plus rarement les membres; au niveau des jointures, il débute autour d'une vésicule ou d'une pustule; parfois il commence au niveau des points lacrymaux (Hallopeau et Jeanselme). Il s'étend rapidement et donne au malade un aspect assez spécial: le nez est déformé, la lèvre supérieure est enflée et couverte de croûtes fétides; les joues tuméfiées semblent le siège d'une lésion phlegmoneuse; les paupières gonflées recouvrent les yeux, et entre les voiles palpébraux s'écoule un liquide puriforme caractéristique; en soulevant les paupières, on voit que les conjonctives sont seulement infiltrées de liquide. Le front est envahi; quelquefois même l'inflammation s'étend au cuir chevelu. L'érysipèle se couvre bientôt de vésicules, de bulles, de phlyctènes sanguinolentes, et peut par places présenter des points sphacelés.

Sur les membres, on peut voir survenir des plaques gangreneuses, succédant à des collections purulentes et laissant à nu, à leur chute, les tendons et les os.

Vers le sixième jour, se produit d'habitude une éruption pustuleuse. Ce sont d'abord de petites taches rouges, qui se transforment en papules acuminées,

dures, blanchâtres, puis se remplissent de pus. Cette évolution se fait en 24 heures. Alors la lésion se présente sous l'aspect de pustules non ombiliquées, acuminées, pointues ou plates, entourées d'une aréole rosée, reposant quelquefois sur une base large et dure. Ces pustules se réunissent parfois de manière à former des plaques purulentes; elles renferment un pus jaunâtre, quelquefois sanguinolent. Généralement discrètes, elles peuvent devenir assez nombreuses pour faire penser à une éruption de variole. Elles siègent sur les membres, la face, et particulièrement les joues, les paupières, le front et le nez; elles peuvent aussi se montrer sur les muqueuses, particulièrement sur la conjonctive, la pituitaire, la langue, le voile du palais et les amygdales.

Les pustules, dans quelques cas, se transforment en bulles remplies de pus ou de sanie sanguinolente, se déchirant plus tard et laissant à leur place des ulcères cupuliformes à tendance extensive; d'autres se couvrent de croûtes et se dessèchent.

Les diverses lésions cutanées que nous venons d'indiquer peuvent être le point de départ d'altérations gangreneuses: des plaques de sphacèle surviendront autour des pustules ou des piqûres accidentelles; d'autres se produiront sans cause apparente; d'autres enfin seront précédées d'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire. Au-dessous des eschares, de vastes collections purulentes se développent; et, si l'évolution est assez lente pour permettre l'élimination des tissus sphacelés, les parties profondes, les tendons, les os seront mis à nu.

Signalons enfin, d'après Bouley et Nonat, une éruption caractérisée par de gros boutons avec infiltration sanguine et purulente du derme.

En même temps que l'éruption, parfois avant elle, se développent les accidents caractéristiques de la morve. C'est d'abord un sentiment de gêne dans le nez et l'arrière-gorge; le malade a la sensation d'un obstacle obstruant ses narines et fait des efforts pour le chasser; il s'écoule un peu d'humeur gluante, quelquefois on voit survenir une épistaxis. L'enchifrènement fait de rapides progrès; la voix est nasonnée; l'expiration par les fosses nasales devient sifflante; enfin, le jetage s'établit. C'est un écoulement abondant, souvent plus abondant par la narine gauche que par la droite; il est constitué par des matières muco-purulentes, striées de sang ou brunâtres, visqueuses, s'attachant aux narines et aux lèvres, et déterminant des excoriations sur ces diverses parties. Pourtant le jetage est moins considérable chez l'homme que chez le cheval; il peut même faire défaut; c'est quand le malade est prostré et couché sur le dos; les matières s'écoulent alors dans l'arrière-gorge. L'examen du nez fera constater que la muqueuse est rouge, excoriée, offrant quelquefois des ulcérations qui pourront gagner en profondeur, envahir le péri-chondre, perforer la cloison ou le vomer.

Les diverses portions de la face sont profondément altérées: la racine du nez est tuméfiée et douloureuse à la pression; la conjonctive est rouge, gonflée, sécrétant un liquide muco-purulent et quelquefois couverte de pustules. Les gencives sont sanguinolentes, fuligineuses, souvent ulcérées, et ces diverses altérations donnent à l'haleine une odeur infecte. Des pustules et des ulcérations recouvertes de pus ou de sang occupent les amygdales, le pharynx, le larynx. On conçoit que la déglutition et la phonation deviennent très difficiles; la voix est enrôlée; quelquefois l'aphonie est complète. La gêne du malade peut encore être augmentée par le développement d'un phlegmon au niveau du plancher de la bouche.

Les glandes salivaires et les ganglions des régions parotidiennes et sous-maxillaires sont envahis et déterminent dans ces divers points un gonflement considérable. Les adénopathies peuvent même suppurer et donner naissance à des adéno-phlegmons qui s'ouvrent à l'extérieur.

Enfin, le malade est tourmenté par de la toux; il expectore des matières muco-purulentes analogues à celles qui constituent le jetage. Les crachats sont fétides; la poitrine est remplie de râles sibilants et ronflants disséminés. Plus tard, on trouve de la submatité aux bases; il se produit alors une broncho-pneumonie, déterminant une violente dyspnée et hâtant la terminaison fatale.

Dans quelques cas, ces lésions qui sont habituellement tardives, se sont montrées au début. Mac Donnell rapporte l'observation d'un cocher qui contracta la maladie pour avoir bu au même seau que son cheval; les accidents initiaux furent ceux d'une angine suraiguë. Dans le cas de Lussana et Romano, les manifestations pulmonaires furent les premières en date.

En même temps que se déroulent ces diverses manifestations locales, l'état général du malade s'aggrave rapidement et reproduit l'ensemble des phénomènes qu'on observe à la fin de toutes les infections graves.

La fièvre, légère au début, atteint 40° et même 41°; souvent la rémission matinale est très marquée et fait tomber la température de 1 ou 2 degrés. Après avoir présenté des oscillations assez grandes, la courbe forme un plateau continu, mais n'arrive jamais à des chiffres hyperpyrétiqes. Le pouls est petit, faible, rapide, atteignant 100 et 150, quelquefois irrégulier. La respiration s'accélère, devient pénible; la peau se couvre de sueurs abondantes et nauséabondes.

Les phénomènes nerveux s'aggravent rapidement; au début il y avait du vertige, des bourdonnements d'oreille, une céphalalgie, d'ailleurs moins marquée que dans la fièvre typhoïde. Puis le sommeil devient mauvais, le malade est agité, tourmenté par des cauchemars; le délire s'installe, d'abord nocturne, persistant ensuite pendant le jour.

A ces manifestations s'ajoutent d'autres troubles dans les divers appareils. Ce sont des hémorragies, et particulièrement des épistaxis qui peuvent se montrer dès le début; des vomissements qu'accompagne une diarrhée séreuse, fétide, involontaire. La rate est hypertrophiée. L'urine est albumineuse, parfois hémaphéique; elle contient de la tyrosine et de la leucine (Bollinger). La mort survient au milieu du coma ou des convulsions.

La durée de la morve aiguë varie suivant que les accidents apparaissent d'emblée ou surviennent au cours d'une forme chronique; dans le premier cas, l'évolution se prolonge pendant trois ou quatre semaines, exceptionnellement 40 ou 50 jours; dans le second cas, la mort survient en 5 ou 4 jours; cependant chez le malade d'Hallopeau et Jeanselme, la poussée aiguë terminale dura 40 jours.

On a bien cité des cas de guérison, mais la plupart d'entre eux ne sont pas de nature à entraîner la conviction: tels sont ceux de Jacquez et de Mackenzie; dans ce dernier fait il s'est agi, semble-t-il, d'un simple phlegmon du plancher de la bouche. Pourtant Hertwig a rapporté deux observations, dont l'une, au moins, semble probante. Dans le cas plus récent de Garstang, les recherches bactériologiques furent négatives.

2° **Farcin aigu.** — Les observations de farcin aigu sont assez rares et assez

incomplètes; aussi Bollinger réunit-il la description de cette forme à celle de la morve aiguë.

Le farcin aigu peut débiter par des lésions locales ou des phénomènes d'infection générale. Dans les deux cas les manifestations symptomatiques ne diffèrent pas de celles que nous avons décrites à propos de la morve. On retrouve les frissons, la fièvre, la céphalalgie, les vomissements et surtout les douleurs articulaires qui peuvent simuler le rhumatisme; localement on observe des traînées de lymphangite, avec adénopathies douloureuses, œdème des membres et même phlegmon érysipélateux.

Vers le sixième ou le septième jour, apparaissent des abcès multiples; tantôt ce sont des tumeurs indolentes, recouvertes d'une peau pâteuse, molle, de couleur normale; tantôt la peau est dure, rouge ou violacée, douloureuse; la tumeur renferme du sang ou une sanie rougeâtre, rarement du pus. De ces abcès partent souvent des traînées d'angioleucite. Les tumeurs peuvent se sphacéler ou s'ouvrir et se transformer en plaies ulcéreuses.

A côté de ces abcès sous-cutanés, on peut observer des collections purulentes plus volumineuses, occupant le tissu cellulaire.

L'état du malade est très grave: la fièvre est intense, l'adynamie profonde. Puis, vers la deuxième ou la troisième semaine, quelquefois seulement à la quatrième, se produit une éruption de nombreuses pustules qui peuvent, elles aussi, aboutir à la gangrène.

Au bout de 5 ou 6 semaines le malade est pris de délire; les selles sont involontaires et fétides; le corps est couvert de sueurs profuses et la mort survient dans le coma.

La durée du farcin aigu est généralement plus longue que celle de la morve; la vie se prolonge pendant 40 ou 45 jours. Il existe pourtant quelques faits où l'évolution n'a pas dépassé deux semaines.

Hertwig, Lorin, Eck ont cité des cas de guérison, mais on doit se demander s'il ne s'agissait pas de simples piqûres anatomiques. On peut, en tout cas, affirmer que la terminaison sera fatale, quand s'est produite l'éruption pustuleuse.

5° **Farcin chronique.** — Contrairement à ce qui se passe pour les formes aiguës, le farcin chronique est plus fréquent que la morve. Tardieu, qui le premier a donné une description exacte des formes chroniques, en a réuni 49 cas, dont 55 se rapportent au farcin.

L'affection peut débiter par des phénomènes locaux, s'établissant 5 ou 4 jours après l'inoculation, alors que la plaie est souvent cicatrisée. Le membre atteint est gonflé, offrant des traînées de lymphangite; les ganglions sont tuméfiés et douloureux. La fièvre est assez vive; l'état gastrique est très marqué, pouvant s'accompagner de nausées et de vomissements. Enfin apparaissent des abcès qui rapidement prennent un caractère spécial.

Quand la maladie naît par infection, parfois même après une inoculation directe, ce sont les troubles généraux qui ouvrent la scène. Le patient se plaint de malaise, de lassitude, de douleurs vagues. La fièvre est vive, mais elle diminue vers le troisième ou le quatrième jour. En même temps on observe les troubles que nous avons déjà signalés dans les autres formes, inappétence, céphalalgie, nausées.

Les douleurs des membres peuvent quelquefois être intenses, s'accompagner de gonflement articulaire et rappeler le rhumatisme subaigu. Les mouvements