

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 hyperpyrétiques. 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

sont difficiles; il y a de la raideur dans les jointures. Enfin le malade peut ressentir au niveau des lombes et du dos de véritables douleurs fulgurantes.

Pourtant les phénomènes prémonitoires n'ont pas toujours cette intensité; il est des cas où tout se borne à de la lassitude et à des arthralgies tolérables.

Au bout d'un mois ou de six semaines, se produisent les abcès qui caractérisent essentiellement le farcin chronique. Ils apparaissent rapidement, comme d'emblée, se montrant à la fois ou successivement sur plusieurs points. Généralement il se fait une première poussée de 4 ou 5 abcès, puis il s'en développe de nouveaux, de sorte que leur nombre s'élève à 15 ou 20. Ces lésions siègent sur les membres, particulièrement sur les membres inférieurs, entourant souvent les articulations, se localisant ailleurs à la suite d'une contusion ou sur des points déjà malades, pouvant enfin occuper les muscles, surtout les fléchisseurs. Dans quelques cas, les abcès se sont développés au niveau de la face, du front, ou des tempes; il est exceptionnel d'en observer sur le tronc. Recouvertes d'une peau violacée ou bleuâtre, ces collections sont mal circonscrites, volumineuses, pouvant contenir jusqu'à 500 grammes de liquide et donnant à la palpation la sensation d'un empâtement diffus. Parfois leur évolution a pu rappeler celle du phlegmon. Mais, le plus souvent, la douleur est peu marquée, sauf quand il s'agit de collections profondes, étranglées par des aponévroses.

Ces abcès peuvent disparaître brusquement. Généralement ils s'ouvrent à l'extérieur et cette terminaison, qui survient rapidement dans la variété phlegmoneuse, est au contraire fort lente dans les cas de lésion non inflammatoire; elle peut ne se produire qu'après 8 ou 10 mois. Dans la variété phlegmoneuse, l'abcès renferme du pus; dans les autres cas, on trouve du sang pur, plus souvent un mélange de sang et de pus, ou bien un liquide jaunâtre, visqueux ou séreux, inodore ou fétide, et strié de sang.

Une fois ouvertes les lésions peuvent se cicatriser assez rapidement; c'est ce qui a lieu dans les formes subaiguës, et cette évolution favorable s'explique par une rapide disparition des bacilles (Hallopeau et Jeanselme).

Dans quelques cas très rares, les tumeurs farcineuses se développent lentement, s'indurent et finissent par se résorber, en laissant à leur suite de vives douleurs (Monneret).

Plus souvent il se produit des ouvertures multiples qui prennent un caractère fistuleux; il se forme des ulcérations rebelles, livides, à bords calleux et saillants, ayant peu de tendance à grandir et encore moins à se cicatriser; quelquefois les parties profondes finissent par être atteintes et les os sont mis à nu. Quand le marasme a fait des progrès, la peau qui entoure les ulcères devient noire et perd toute souplesse.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas toujours atteints. Les adénopathies, qui s'observent surtout au niveau des aisselles et des aines, sont consécutives à des angioleucites locales ou à des abcès des régions voisines. Parfois elles survivent aux lymphangites ou se produisent après leur disparition, ce qui a pu les faire considérer comme primitives.

A ce moment, l'infection peut n'être caractérisée que par la faiblesse du malade, l'anorexie et, localement, par l'existence des abcès. Ceux-ci tendent parfois à la guérison et peuvent même se cicatriser. On pense que l'évolution est terminée et que le malade va guérir; cette amélioration trompeuse qui survient vers le deuxième mois peut se prolonger de 50 à 60 jours; puis les

phénomènes morbides récidivent et reprennent leur marche progressive. Dans une observation d'Hallopeau et Jeanselme, la guérison apparente persista pendant trois ans.

Les ulcères, qui ne sont jamais primitifs, succèdent, avons-nous dit, aux abcès; leurs bords sont renversés; la peau est décollée; il s'écoule un liquide visqueux qui se concrète en croûtes épaisses. Plus tard, les bords sont noirâtres, calleux, saillants, quelquefois lardacés; au fond de l'ulcération on voit les tendons dénudés et parfois les os nécrosés. Pourtant l'ulcère n'est pas la suite nécessaire de l'abcès; celui-ci peut s'ouvrir par un pertuis qui se transforme en fistule.

Il n'y a pas d'éruption, sauf dans quelques cas assez rares, où l'on a observé un furoncle au niveau du nez (Hertwig), un érysipèle au niveau des membres (Monneret).

Pendant que ces lésions évoluent, les autres manifestations se modifient, les douleurs vagues du début se fixent à une articulation, ou plutôt, suivant la remarque de Tardieu, autour d'une articulation; ce sont des douleurs péri-articulaires, gênant les mouvements de la jointure et siégeant spécialement au niveau du genou et du bassin. Souvent, à cette époque, on voit se développer une tuméfaction douloureuse du testicule; parfois le sarcocèle est très volumineux.

La fièvre n'a pas de cycle déterminé; quelquefois elle prend le type intermittent, revenant sous forme d'accès tierces et pouvant être améliorée par le sulfate de quinine; plus tard elle reparait sous un autre type. A la fin, elle revêt le caractère hectique, avec frissons répétés le soir, sueurs nocturnes, etc. L'amaigrissement est énorme, les yeux sont ternes, le visage est livide et jaune, la peau est sèche, rugueuse, parfois subictérique; les poils s'allongent et tombent. Il existe une diarrhée rebelle et, quelquefois, des vomissements. Le malade est tourmenté par une toux sèche, sans que l'auscultation révèle de bruits anormaux au niveau des poumons; il se plaint de céphalalgie. La prostration et la lassitude augmentent. Enfin, peu à peu, les facultés intellectuelles s'éteignent, et le malade, épuisé par la suppuration, le corps couvert d'ulcères, succombe au milieu d'un délire vague.

En résumé, les symptômes du début se prolongent généralement pendant deux semaines; les abcès apparaissent du treizième au quinzième jour; puis vers le deuxième mois survient une amélioration plus ou moins longue, à la suite de laquelle la maladie reprend sa marche et évolue progressivement jusqu'à la mort.

Tardieu a noté que dans 10 cas l'affection s'est terminée par une période aiguë; trois fois seulement elle a suivi une marche chronique et régulièrement progressive. L'évolution peut être précipitée par une maladie surajoutée, par exemple par le développement secondaire d'une infection purulente. Dans le cas de Besnier, la terminaison fatale fut provoquée par des accidents urémiques, liés à une néphrite morveuse.

La guérison est possible: Tardieu en a réuni 6 cas. Mais le malade est exposé à des rechutes, et ce n'est souvent qu'au bout d'un an et même après un temps plus long, que la guérison est assurée. C'est là un des caractères importants du farcin chronique. Dans le cas d'Hallopeau, la rechute ne se produisit qu'au bout de trois ans. Dans l'observation plus récente de Rémy, le malade, présenté comme guéri, le 16 juin 1896, à l'Académie de médecine, rentra 4 mois plus

tard dans le service de Quenu, d'où il sortait définitivement guéri au bout de 2 mois (1).

Parmi les cas de guérison authentiques, on peut citer encore les observations de Jakowski, Holmes, Joubert, où la nature de la maladie a été déterminée par l'examen bactériologique.

La mort est la terminaison habituelle, qui arrive en général au bout de 12 ou 15 mois (Tardieu); dans certains cas, les accidents ont évolué en 4 mois, dans d'autres, ils se sont prolongés pendant 5 et 4 ans et même 11 ans (Bollinger).

Angioleucite farcineuse. — Tardieu a justement insisté sur une forme atténuée du farcin où tout se borne à des manifestations locales.

A la suite d'une piqûre, on voit la main et le bras se gonfler; les téguments se couvrent de traînées de lymphangite, les ganglions axillaires se tuméfient; les phénomènes généraux, assez vifs au début, se calment bientôt et l'affection revêt une marche chronique. Des abcès se développent, analogues à ceux que nous avons décrits dans l'histoire du farcin, mais se montrant surtout autour des lymphatiques. Les accidents restent ainsi localisés et peuvent ne pas troubler l'état général; pourtant, le plus souvent, le malade maigrit, il se sent fatigué et présente des accès fébriles irréguliers.

Après un an environ, l'affection finit par guérir. Mais, même dans cette forme atténuée, le malade est exposé à des rechutes qui sont toujours à craindre tant que la cicatrisation n'est pas parfaite et que les adénopathies n'ont pas complètement disparu.

Farcinose mutilante de la face. — A la session d'avril 1891 de la Société française de dermatologie, M. Besnier et MM. Hallopeau et Jeanselme ont appelé l'attention sur une forme particulière de farcin chronique. Dans le cas de M. Besnier, il s'agissait d'un malade présentant, au niveau de la face, des lésions qui rappelaient celles de la syphilis térébrante. L'infection, qui avait débuté par le poumon, envahit la face par le canal nasal et le lacrymal; elle détermina la production d'infiltrations et d'ulcérations qui détruisirent une partie du nez, attaquèrent la voûte palatine, échancrèrent la lèvre supérieure. Dans l'observation de MM. Hallopeau et Jeanselme, la lèvre supérieure était complètement détruite; la lésion débutait par des « gommages farcineuses », qui se transformaient en vastes ulcérations à bords décollés, à fond plus large que l'ouverture. Cette mutilation de la face se produisait sans donner lieu à du jetage et sans produire de douleur.

4^e Morve chronique. — Rarement la morve chronique s'établit d'emblée; le plus souvent elle succède au farcin chronique (morve chronique farcineuse).

Comme dans les autres formes, l'affection débute par de la fatigue, des maux de tête, des douleurs articulaires et musculaires. Dans quelques cas, où ces douleurs siègent au niveau de la poitrine, on les rattache tout d'abord à de la pleurodynie ou à un point pleurétique. Après ces premières manifestations ou dès le début, dans les cas de morve chronique non farcineuse, le malade éprouve des douleurs au niveau de la gorge. La voix est nasonnée; les narines sont obstruées

(1) JOUBERT, Contrib. à l'étude clinique et thérapeutique de la morve humaine. Thèse de Paris, 1897.

de mucosités, surtout la narine gauche; l'air passe difficilement et le malade éprouve une tension douloureuse à la racine du nez, entre les yeux. Il s'écoule bientôt des mucosités épaisses, souvent striées de sang, contenant parfois de petits caillots, et se concrétant sur les lèvres et les ailes du nez sous forme de croûtes sèches et noirâtres; l'écoulement est inodore; les ganglions sous-maxillaires ne sont généralement pas engorgés. Il est rare que le jetage soit abondant; souvent il n'y a qu'un peu d'enchifrènement. Parfois les manifestations nasales sont tellement peu marquées qu'elles passent inaperçues et ne sont reconnues qu'à l'autopsie.

Les ulcérations de la pituitaire sont difficiles à voir, mais on peut les sentir au moyen du stylet et constater, dans quelques cas, la perforation de la cloison. On observe en même temps des ulcérations rebelles, à marche lente, au niveau de la bouche et du pharynx; le laryngoscope, en fait voir sur le larynx et la trachée. Ces ulcérations, entremêlées de points cicatriciels déprimés, sont cupuliformes, remplies d'un pus jaunâtre et reposent sur un fond tomenteux et rouge.

La voix est altérée, enrrouée, quelquefois presque complètement éteinte; la déglutition est difficile. La douleur thoracique que nous avons signalée au début persiste et augmente pendant la déglutition. Le malade se plaint de souffrir de la gorge, de ressentir une sorte de brûlure le long de la trachée et surtout derrière le sternum; la pression au niveau de cet os est souvent douloureuse. La toux est fréquente, profonde, donnant issue à des crachats épais et grisâtres. La dyspnée, qui est plus ou moins marquée, peut, dans quelques cas, se manifester avant l'apparition des altérations nasales. Quand celles-ci sont légères, c'est la toux qui domine; tantôt elle est liée à de la congestion pulmonaire, tantôt elle est due à des foyers de broncho-pneumonie dont la marche est subaiguë, la résolution lente et souvent incomplète. Dans les formes pures, il n'existe pas de manifestations éruptives au niveau de la peau; les téguments sont terreux et jaunâtres. A la fin, les extrémités sont œdématisées.

Les symptômes généraux sont identiques à ceux du farcin chronique: le malade est épuisé, anémié, tourmenté par des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Enfin, de même que dans le farcin, il éprouve des douleurs au niveau des articulations et des muscles; vagues et erratiques au début, ces douleurs se localisent plus tard autour d'une jointure. Les manifestations douloureuses sont souvent très marquées dans cette forme; le patient se plaint de souffrir au niveau des lombes et du cou et ne peut remuer qu'avec peine; parfois il existe une douleur localisée au thorax, qui, par son intensité et la dyspnée qu'elle détermine, simule assez bien un point pleurétique.

L'évolution est lente; la morve chronique est certainement la forme où la vie se prolonge le plus longtemps; quand elle est dégagée des manifestations farcineuses, elle peut n'entraîner la mort qu'au bout de six ans. La terminaison fatale semble presque constante. Tardieu n'a pu trouver aucun cas de guérison et c'est avec les plus grandes réserves qu'il faut citer le fait de Bourdon. Il semble pourtant qu'on peut accepter l'observation de Carnevale-Arella.

Pronostic. — Nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité des différentes formes de l'infection farcino-morveuse. Les cas aigus comportent un pronostic