

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, échançrèrent 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, enrôlée, 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

presque constamment fatal; les observations où le malade a guéri sont tellement rares qu'elles ne peuvent guère entrer en ligne de compte.

Seul le farcin chronique semble pouvoir rétrocéder assez souvent : Tardieu avait cité 6 guérisons. La terminaison favorable peut s'observer dans le quart et même le tiers des cas; c'est ce qu'on voit surtout quand la lésion reste locale et que les phénomènes se réduisent à une simple angioleucite. Nous avons, du reste, à propos de différentes formes, indiqué leur évolution et nous avons fait voir dans quelle proportion l'infection pouvait guérir.

Dans une thèse fort intéressante, Prieur⁽¹⁾ a insisté sur la curabilité de la morve chez le cheval et chez l'homme. Il a réuni 52 observations, dont plusieurs sont inattaquables; tels sont les faits de Gold, Holmes, Rémy où des inoculations ont été faites à des cobayes. La plupart de ces cas favorables se rapportent au farcin chronique et surtout à des angioleucites. Dans bien des cas, la guérison n'a été obtenue qu'après plusieurs mois et même 2 ans de traitement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la morve présente souvent de très grandes difficultés; aussi, dans les cas douteux, devra-t-on avoir recours à la méthode expérimentale. Autrefois l'âne servait de réactif. Quand on utilise cet animal, voici comment on opère : après avoir rasé la région frontale, on pratique des scarifications cutanées, puis on étale à la surface, en ayant soin de bien frotter, le pus suspect. Du dixième au quinzième jour apparaissent les phénomènes généraux et l'animal ne tarde pas à succomber par broncho-pneumonie. L'autopsie révèle des granulations morveuses dans les viscères.

Au lieu de l'âne, on peut employer le chien; on aura recours à la même méthode et, 4 ou 5 jours après l'inoculation, on verra survenir un chancre morveux qui guérira plus tard.

Christot et Kiener eurent le mérite de proposer une méthode plus simple : ils conseillèrent de pratiquer l'inoculation au cobaye; l'animal meurt en 8 ou 10 jours avec des lésions caractéristiques.

La meilleure méthode est celle de Straus. On injecte le pus suspect dans le péritoine d'un cobaye mâle. Au bout de 48 heures se développe une vaginalite testiculaire; la peau du scrotum est rouge et tendue et les deux feuillets de la vaginale sont soudés par un exsudat purulent. Le testicule et l'épididyme sont rarement atteints. Le seul inconvénient de cette méthode, c'est que le pus peut contenir des bactéries diverses capables de déterminer une septicémie péritonéale mortelle; on fera donc bien d'inoculer deux cobayes, l'un sous la peau, l'autre dans le péritoine.

L'inoculation n'est pas toujours nécessaire. Très souvent il suffit de pratiquer de simples recherches bactériologiques, les cultures du bacille étant, comme nous l'avons vu, tout à fait caractéristiques; on devra donc semer le pus, le jetage, parfois le suc des ganglions. Dans les observations de Kiemann, de Hartge, la culture a permis d'affirmer la nature spécifique des troubles observés. Réciproquement, Weichselbaum rapporte que, chez un malade qu'on soupçonnait atteint de la morve, les cultures ne firent trouver que de simples agents pyogènes.

Ce sont en effet les diverses affections purulentes qui simulent le plus la maladie que nous étudions : il existe des *pyohémies* à marche particulière-

(1) PRIEUR, De la morve chez l'homme et chez le cheval, de sa curabilité. *Thèse de Paris*, 1898.

ment lente où le diagnostic différentiel est véritablement impossible. M. Jacoud a insisté sur les cas de pyohémie d'apparence spontanée qu'il propose de désigner sous le nom de maladie de Colles et qui sont dus au streptocoque ou au staphylocoque.

Dans bien des cas l'absence de lésions viscérales devra faire mettre en doute le diagnostic d'infection purulente. Dans une observation de M. Bucquoy⁽¹⁾ où le malade exerçait la profession de charretier et où l'examen le plus attentif ne montra aucune altération viscérale, cet habile clinicien pensa qu'il s'agissait probablement d'un cas de farcin et les inoculations de M. Nocard vinrent confirmer le diagnostic. Dans un fait rapporté par Féréol⁽²⁾, le malade présentait des abcès multiples, sans aucune localisation interne; l'inoculation, également pratiquée par M. Nocard, fut négative et un examen minutieux permit de reconnaître que les foyers suppuratifs avaient été déterminés par des piqûres de morphine.

Par ses localisations multiples, l'infection pourra simuler tantôt une simple *lymphangite*, tantôt un *érysipèle* de la face ou un *œdème charbonneux* des paupières. Dans ce dernier cas, la marche est tellement différente que le doute ne sera pas de longue durée. Les lymphangites ont aussi une évolution dissemblable; s'il s'agit de piqûre anatomique, les accidents cutanés et les manifestations générales débute plus rapidement, 12 à 14 heures après l'inoculation. Cependant le diagnostic n'est pas toujours facile, et plusieurs cas, rapportés comme des exemples de morve guérie, peuvent aussi bien être considérés comme de simples piqûres anatomiques. Ce n'est que la marche de la maladie et l'apparition d'éruptions spéciales qui permettent d'affirmer la nature spécifique de la lymphangite.

L'érysipèle de la face a des caractères qui permettent de le distinguer des lésions érysipéatoïdes de la morve : l'inflammation morveuse est moins bien limitée, le bourrelet caractéristique fait défaut; enfin il existe d'autres altérations cutanées qui permettent d'affirmer qu'on ne se trouve pas en présence d'un simple érysipèle.

La *phlébite* ne pourra guère donner lieu à confusion, quand elle occupe les membres; mais si elle envahit les veines de la face et de l'orbite, elle déterminera des troubles d'une interprétation parfois difficile : on verra survenir un gonflement œdémateux de la face et des paupières, du coryza et même du jetage et, dans quelques cas, des éruptions miliaires sur la face. Cependant les lésions restent localisées et ne s'accompagnent pas d'altérations cutanées et de douleurs articulaires; ce sera donc d'après les phénomènes concomitants qu'on fera le diagnostic.

Quand il s'agit de la morve proprement dite, il n'est pas toujours aisé de déterminer la nature des lésions nasales et pharyngées. Le diagnostic avec le *coryza purulent* pourra présenter certaines difficultés. Dans un cas que nous avons eu l'occasion d'observer récemment, un malade avait un jetage nasal surtout marqué à gauche, avec gonflement œdémateux de la face; l'état général était très grave; la température oscillait entre 39 et 40° : la rate était hypertrophiée; sur le corps on voyait une éruption érythémateuse. Les recherches bactériologiques, complétées par l'autopsie, nous ont montré qu'il s'agissait d'une streptococcie. Le microbe avait d'abord atteint les fosses nasales, puis il avait provoqué

(1) BUCQUOY, *Société médicale des hôpitaux*, 1887.

(2) FÉREOL, *Ibid.*, 1887.

la suppuration du sinus sphénoïdal et des méninges crâniennes; en même temps il avait envahi l'organisme et déterminé une vraie septicémie; le sang pris dans une veine pendant la vie, donna des cultures pures de streptocoque. Il est certain que, sans les recherches bactériologiques, le diagnostic aurait été presque impossible.

La forme chronique sera plus facilement distinguée de l'ozène, des ulcérations scrofuleuses ou tuberculeuses du nez ou de la gorge. Il est également simple de rattacher à leur véritable cause les lésions de la lèvre ou les épithéliomes.

Le diagnostic avec les lésions *syphilitiques* peut présenter de grandes difficultés. L'exacerbation nocturne n'appartient pas exclusivement aux douleurs syphilitiques, c'est un caractère qu'on retrouve dans la morve, mais il est moins constant et moins marqué. Les déformations du nez s'observent dans les deux cas, mais leur aspect n'est pas semblable. Les caractères différentiels les plus importants nous sont fournis par l'étude même des lésions. Les gommages se développent lentement et leur contenu diffère de celui que renferment les nodules morveux; même ulcérées, les syphilides n'ont pas les contours irréguliers, capricieux des lésions morveuses. Quand la syphilis envahit le larynx, elle se distingue encore par sa localisation épiglottique. Enfin, dans les cas douteux, l'épreuve thérapeutique permettra de reconnaître la nature du mal.

Si l'infection morveuse débute par des phénomènes généraux graves, on peut penser à une fièvre éruptive et surtout à une *fièvre typhoïde*; dans ce dernier cas, la céphalalgie plus intense, la bronchite et la diarrhée concomitantes et surtout la marche si particulière de la température devront servir de base au diagnostic.

Dans l'observation rapportée par Hartge, l'infection ayant commencé par du catarrhe des voies respiratoires fut tout d'abord rattachée à la *grippe*, erreur que justifiait l'épidémie que nous traversions à cette époque; plus tard apparurent des douleurs articulaires, des érythèmes; enfin il se produisit une sécrétion nasale, renfermant les bacilles caractéristiques, presque à l'état de pureté.

Les douleurs articulaires, qui sont quelquefois si vives dans la morve, pourront faire penser à un *rhumatisme articulaire aigu* et, plus souvent encore, à un *pseudo-rhumatisme infectieux*. Il faut avouer que, dans quelques cas, le diagnostic devra rester en suspens pendant un certain temps; il ne pourra être établi que par la marche différente des phénomènes et le développement des diverses lésions que nous avons décrites.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la morve se présentent sous deux aspects différents: tantôt ce sont des altérations suppuratives analogues à celles qu'on observe dans l'infection purulente, tantôt des nodules qu'on a pu comparer aux productions tuberculeuses. Les altérations, d'apparence pyohémique, sont surtout fréquentes chez l'homme; les altérations tuberculiformes chez le cheval; aussi avait-on voulu, à un moment, décrire des caractères différents aux productions morveuses, d'après leur origine.

Les recherches de M. Renaut⁽¹⁾ sont venues rétablir l'unité anatomo-patholo-

⁽¹⁾ RENAUT, Lésions anatomiques de la morve équine. *Comptes rendus*, 1875.

gique de la morve, en montrant que, chez le cheval comme chez l'homme, les granulations morveuses diffèrent notablement du tubercule et se rapprochent davantage des foyers pyohémiques. « Au point de vue anatomique, dit J. Renaut, la pyohémie, la morve, la tuberculose, la syphilis forment un groupe naturel; toutes ces maladies infectieuses ont pour caractère anatomique commun la production d'inflammations disposées par nodules et offrant une tendance marquée à la caséification; toutes paraissent originairement dériver de l'imprégnation de l'économie par un agent virulent plus ou moins saisissable. »

Les recherches récentes ont confirmé cette manière de voir et ont démontré que la granulation morveuse tient le milieu entre la suppuration et le tubercule; elle est plutôt analogue aux lésions suppuratives dans les cas aigus, aux lésions tuberculeuses dans les cas chroniques.

L'étude histogénique de la morve a été faite le plus souvent sur des lésions produites expérimentalement; les meilleures descriptions sont celles données par Baumgarten, Leclainche et Montané⁽¹⁾ et surtout par Leredde⁽²⁾ dans un travail fort intéressant.

Le premier phénomène est représenté par une accumulation intra-vasculaire de leucocytes polynucléaires; ces leucocytes s'emparent des bacilles et arrivent en si grand nombre qu'ils obstruent les capillaires où ils s'amassent. Ainsi se trouve constitué un nodule embryonnaire. Puis les cellules tombent en dégénérescence, leur noyau se fragmente, leur protoplasma devient caséux. Les bacilles rendus à la liberté sont en partie repris par les cellules endothéliales vasculaires qu'on voit se tuméfier. Si l'évolution peut continuer, de nouveaux leucocytes se grouperont autour de la masse centrale caséuse.

Dans les cas chroniques, les leucocytes mononucléaires prennent part au processus. En même temps se développe un tissu de sclérose, qui peut renfermer des îlots caséux et contenir des cellules géantes formées aux dépens des leucocytes mononucléaires. Grâce à ces cellules, la lésion morveuse se rapproche, par sa constitution histologique, de la lésion tuberculeuse.

On voit, d'après cette description schématique, que le nodule morveux est essentiellement formé par des cellules migratrices, polynucléaires d'abord, puis mononucléaires; les cellules fixes des tissus prennent au processus une part minime, contrairement à l'opinion de Baumgarten qui leur faisait jouer le rôle principal.

L'évolution des lésions peut être facilement étudiée au niveau du foie où elle est fort simple. Au niveau des poumons le processus est plus complexe. On observe au début une infiltration de leucocytes dans les capillaires et les alvéoles, ceux du moins qui sont disposés autour d'un vaisseau; les artères étant terminales et l'oblitération leucocytaire remontant assez haut, il en résulte que le foyer a la forme d'un infarctus. Plus tard le foyer dégénère, tandis qu'autour de lui se produisent, par suite des oblitérations vasculaires, de l'œdème, des hémorragies, des exsudats fibrineux intra-alvéolaires.

Dans les cas chroniques, les lésions, d'après Leredde, s'expliquent par une infection des bronches qui sont remplies de cellules dégénérées et de bacilles; leurs parois sont infiltrées de cellules rondes. Les alvéoles voisins sont obstrués

⁽¹⁾ LECLAICHE et MONTANÉ, Étude sur l'anatomie pathologique de la morve pulmonaire. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895.

⁽²⁾ LEREDDE, Étude sur l'anatomie pathologique de la morve. *Thèse de Paris*, 1895.