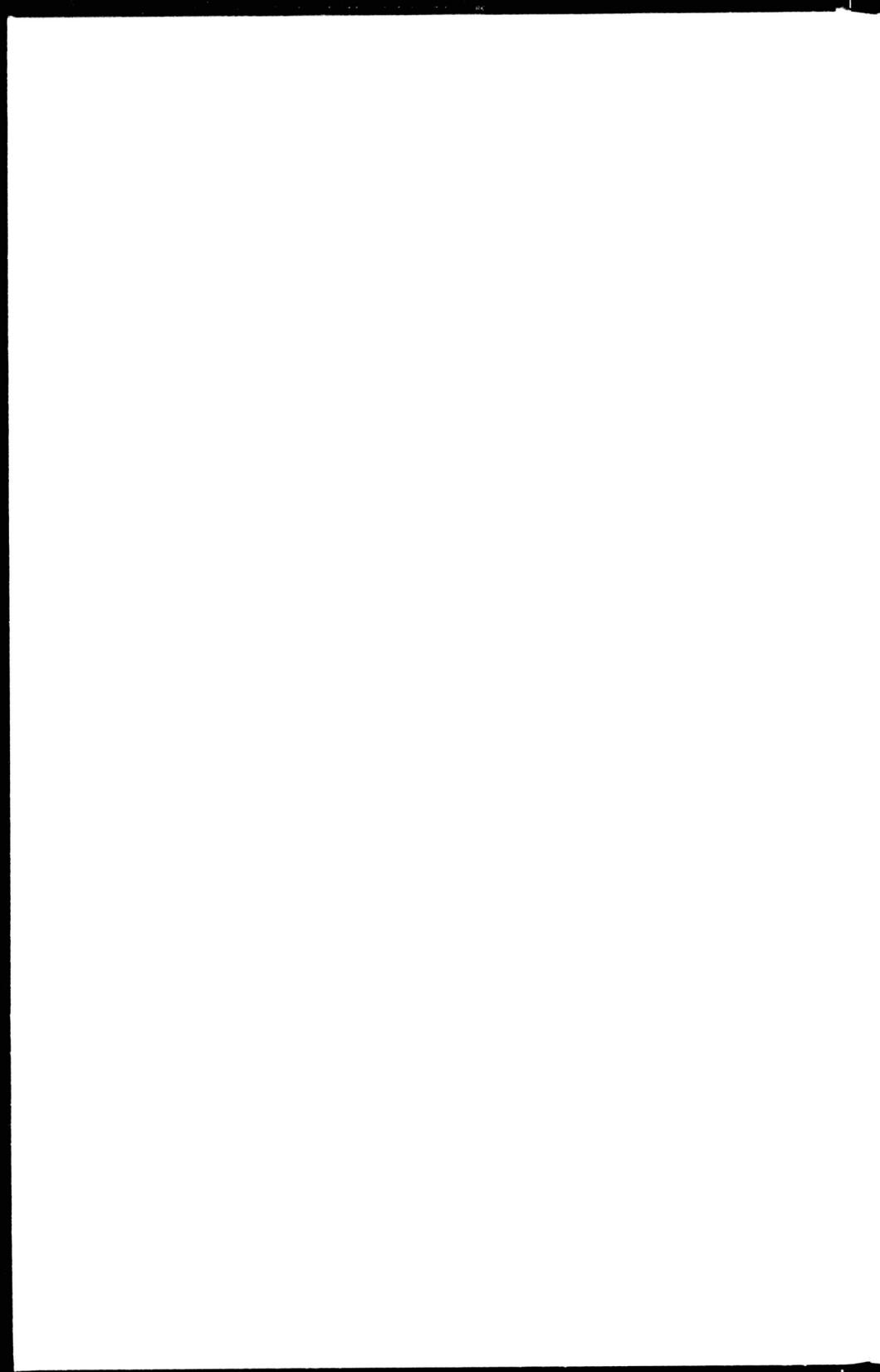


C

709





BIBLIOTHEEK UNIVERSITEIT UTRECHT



2856 692 9

31.86

C. n. 709

OBSERVATIONS ET RECHERCHES NOUVELLES

SUR LA

MORVE CHRONIQUE

ET LES

ULCÉRATIONS MORVEUSES

DES VOIES AERIENNES

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES SOLIPÈDES,

PAR AMBROISE TARDIEU,

Interne des hôpitaux, Vice-Secrétaire de la Société Anatomique.

EXTRAIT DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.
Numéro de décembre 1841.



PARIS

IMPRIMERIE DE FÉLIX LOCQUIN,

Rue Notre-Dame-des-Victoires, 16.

1841.

10-11-12

OBSERVATIONS ET RECHERCHES NOUVELLES

SUR LA

MORVE CHRONIQUE

ET LES

ULCÉRATIONS MORVEUSES

DES VOIES AÉRIENNES

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES SOLIPÈDES.

Les faits de morve humaine observés en France depuis quatre ans, tout en se multipliant d'une manière véritablement effrayante, n'avaient guère ajouté aux premières recherches de M. Rayer, lorsque presque en même temps et depuis quelques jours seulement, deux observations nouvelles viennent de faire faire un grand pas à cette importante question. La première, si tristement fournie à M. A. Bérard par l'un de nos condisciples, a établi comme une vérité cruelle la contagion de l'homme à l'homme et par infection. La seconde, recueillie dans le service de M. Rayer et que nous publions aujourd'hui, prouve l'existence de la véritable morve chronique chez l'homme; et les détails remarquables qu'elles présentent font naître des considérations trop neuves pour ne pas être accueillies avec intérêt.

Ce travail comprendra donc :

- 1° Le fait principal suivi de réflexions particulières;
- 2° L'exposé des caractères de la morve chronique chez l'homme comparés à ceux du farcin.
- 3° Des considérations sur une lésion spéciale du larynx et

de la trachée consistant en ulcérations de nature morveuse que l'on observe chez l'homme et chez les solipèdes, et qu'il importe de distinguer des autres espèces d'ulcérations des voies aériennes.

OBS. I. Rapports habituels avec des chevaux morveux pendant sept ans.— Douleur à la gorge, Enchiffrement.— *Abcès au pied, Ulcère à la voûte palatine.* — *Morve aiguë terminée par la mort en cinq jours.* — *Lésions variées de la morve aiguë.* — *Cicatrice d'une ulcération farcineuse de toute la trachée.* — *Carie de la voûte palatine.* — Le sujet de l'observation que l'on va lire est un homme âgé de 34 ans, nommé Martin (Jean-Baptiste), né à Belleville (Seine), marié et père de trois enfants. Vacciné non variolé. Il n'a jamais été militaire ; sa vie a toujours été sobre, et jusqu'en 1835, il s'est toujours bien porté. Il n'a jamais eu d'affection syphilitique d'aucune espèce, pas même d'échauffement. Il l'affirme à vingt reprises, et bien qu'on y revienne de mille manières, il persiste à soutenir que jamais il n'a été atteint de la vérole, comprenant qu'il serait absurde de le cacher. Il est impossible après cela de douter de ses paroles qui sont comme on le verra de la plus haute importance. — Entré à l'école d'Alfort en 1834, il y est resté deux ans comme palefrenier, un an comme charretier, et en est sorti en 1837. Durant ce temps, il fut dès le principe exclusivement attaché à une écurie de chevaux morveux qu'il soignait et qu'il pensait ; puis il fut employé par le jardinier à conduire des chevaux qui tous encore étaient morveux. — Il ne couchait pas à l'écurie, bien que le directeur voulût l'y obliger, craignant que cela fût malsain, il préférerait, dit-il, aller à l'auberge. Ces renseignements donnés par le malade ont été confirmés et complétés par l'obligeance de plusieurs personnes attachées à l'école, qui croient cependant pouvoir assurer que Martin a dû coucher un certain temps dans l'écurie. Pendant son séjour à Alfort, à la fin de la seconde année, il ressentit à la gorge une douleur profonde, persistante, pour laquelle il alla, à plusieurs reprises, consulter successivement MM. Bleyne, Ramon et Deguise, médecins de la maison de Charenton. Chaque fois ces messieurs le renvoyèrent sans rien trouver d'apparent et il ne fit aucun remède. Cependant il se plaignait d'étrangler et crachait beaucoup ; il était en même temps très enchiffrené et mouchait du sang. Ayant quitté Alfort, il passa deux ans à la ferme la Folie, près de Petit-Bourg, et alla ensuite travailler toujours comme charretier aux carrières. Mais il fut obligé de cesser bientôt

tout à fait, parce qu'il souffrait davantage; et commença alors à parcourir les différents hôpitaux de Paris pour retrouver la santé qui était perdue pour lui. En 1840 il entre à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte Jeanne), et y reste sept mois; tout ce qu'il peut dire de la maladie qui l'y retenait, c'est qu'il était enflé de tout le corps. Il va ensuite à l'Hôtel-Dieu annexe, où on le soigne pour une angine syphilitique, bien que là comme ailleurs il n'ait eu ni chancres ni bubons, et n'ait pas varié dans ses dénégations à ce sujet. Fatigué de ce long séjour dans les hôpitaux, il retourne dans son pays près de la Cour de France; mais ses jambes ne désenflaient pas; et il est bientôt forcé de retourner à Paris. Il est admis alors à l'hôpital Necker où il ne passe que très peu de temps. L'ennui le ramène au pays, et des bains de pieds dans la rivière amènent quelque soulagement et diminuent le gonflement des jambes. Il se remet à conduire des chevaux à la Folie, puis, de là, chez un gravatier (A. Dorigny, boulevard de la Gare, 12), où les chevaux étaient mêlés. Ceux que Martin conduisait habituellement étaient sains, mais il y en avait un ou deux morveux dans l'écurie où il couchait sur un lit de camp, derrière les chevaux comme tous les charretiers. Son maître étant parti, il est devenu, quatre mois avant son entrée à la Charité, boueux chez M. Mansuit (boulevard de l'hôpital 9). Ses chevaux à lui étaient bons, il n'y en avait que deux morveux sur soixante-scize dans l'écurie. C'est là que Martin qui, pendant plus de sept années comme on le voit, n'a pas cessé d'être en rapport habituel avec des chevaux morveux est tombé malade pour la dernière fois.

Un matin, à 3 heures, en se levant, il dit à ses camarades que son pied lui fait beaucoup de mal: en effet les orteils du côté gauche étaient très enflés. A 10 heures, il lui était impossible de travailler. De la consultation de la Pitié, où on ne le trouva pas assez malade, il est conduit au Bureau Central, et de là envoyé à la Charité dans le service de M. Velpeau, où il entre le 22 juillet 1841. En très peu de temps, un abcès s'était formé sur le dos du pied. C'était là le seul symptôme qui pût fixer l'attention; on l'ouvre bientôt, et la suppuration continue avec abondance. Cependant on ne tarde pas à découvrir que le malade porte en même temps à la voûte palatine une large ulcération dont il est bien difficile de préciser la nature. Comme pourtant la profession de Martin avait un instant donné à M. Velpeau l'idée de quelque affection farcineuse, M. Rayet fut consulté, et le prit dans ses salles, afin de l'observer attentivement.

Le 28 août Martin est placé au n° 35 de la salle Saint-Michel, et se présente dans l'état suivant :

De taille moyenne, brun-châtain, d'une constitution évidemment affaiblie; il ne paraît cependant pas encore avoir dépéri notablement, ses yeux sont assez animés, sa physionomie peu intelligente, quoiqu'il réponde avec précision quand on le laisse suivre le cours de ses idées. La peau n'est pas très souple, quoique sans sécheresse. Le pouls est généralement faible, mais très régulier, et ne se laissant pas déprimer. Il se plaint alors, surtout, de son pied; l'abcès qu'il porte du côté gauche, au niveau du quatrième métatarsien, n'est pas fermé, et laisse couler en assez grande quantité un pus séreux. Tout le pied est le siège d'une sorte d'empâtement douloureux qui rend les mouvements difficiles. Du même côté il y a un peu de gêne et de raideur dans l'articulation du genou. Le malade dit qu'il y a longtemps qu'il ressent cette douleur encore assez légère d'ailleurs. Sur nulle autre partie du corps on ne découvre de traces d'autres abcès récents ou anciens. Il n'y a pas non plus de gonflement soit des os, soit des articulations. La voix présente une altération qui indique aisément une lésion de la bouche. Elle est nasonnée, pénible, mal articulée; jamais elle n'a été éteinte, même incomplètement. Il y a comme un enchiiffrement continu, quoique le malade n'éprouve aucune douleur dans le nez. Il mouche beaucoup, et ses crachats qui viennent en grande partie des fosses nasales, sont épais, sales, tachés de sang quelquefois. En examinant l'intérieur de la bouche, on voit que toute la voûte palatine est occupée par une large ulcération. C'est une surface couverte de bourgeons irréguliers de végétations d'un rouge terne, baignés d'une suppuration abondante. A l'endroit où cesse la voûte osseuse, de chaque côté de la ligne médiane, existent deux petites perforations elliptiques à bords très réguliers et tranchants. La luette existe intacte, ainsi que le voile du palais. Le malade ne se plaint pas le moins du monde de la gorge, et ne se rappelle plus à quelle époque il a cessé d'y souffrir. La nature des lésions qui viennent d'être décrites était bien douteuse; on commença donc par leur opposer un traitement antisyphilitique. Pendant deux mois, Martin prit exactement chaque jour deux pilules d'onguent mercuriel, et la tisane de Feltz. (Il faut dire que ce traitement employé constamment par M. Rayet n'a jamais manqué dans des cas d'ulcères syphilitiques en apparence tout à fait semblables. Nous avons vu, cette année en particulier, cinq fois des destructions énormes de la muqueuse buccale et pharyngienne cicatrisées très rapidement et complètement par ces moyens.) Ici l'ulcération résiste. Tantôt les bourgeons s'affaissaient d'un côté, il y avait même apparence de cicatrisation sur les bords;

mais le mal reparaisait et s'étendait d'un autre côté. Au bout de ce long traitement que l'on a aidé par des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure, la guérison est nulle. Cependant l'abcès fistuleux s'est fermé, une croûte reste sur l'ouverture, il n'en est revenu d'autre nulle part. La gêne persiste néanmoins dans les articulations du pied et du genou, mais s'il n'y a pas de désordres locaux plus graves, l'état général est beaucoup plus mauvais. Les forces ont diminué, les membres ont considérablement maigri, la face a pâli, les traits se sont altérés, la peau est sèche et terreuse. Il n'y a pas de dévoiement, mais l'appétit est moindre, le pouls et la respiration faibles. (Le traitement mercuriel a été suspendu et remplacé par des toniques.)

Enfin, le 6 novembre au matin, après un malaise qui dure depuis deux jours, éclatent les symptômes formidables de la morve aiguë. Sur le côté gauche du nez et sur les paupières du même côté apparaît une rougeur érysipélateuse avec gonflement œdémateux sans grande douleur à la pression. L'œil gauche est à moitié fermé. L'altération de la voix est encore plus marquée, le passage de l'air par le nez plus difficile, les crachats très abondants et formés d'une humeur sanieuse. Il n'y a pas de fièvre. Sur tout le corps on ne voit aucune trace d'éruption, aucune tache. Pas d'abcès nouveaux. Un peu de gonflement avec rougeur livide sur le dos de la main droite. Roideur plus grande avec douleur de l'articulation du genou gauche. La peau extrêmement sèche est recouverte d'une sorte d'enduit terreux très adhérent. Pas de diarrhée. Respiration normale. Le soir : la fièvre s'est allumée assez forte. Chaleur brûlante de la peau. Pouls à 116, très développé, pas de délire, faible céphalalgie. L'érysipèle a un peu gagné. Révasseries la nuit.

7 Nov. (2^e jour). — Le matin : Gonflement beaucoup plus considérable du nez et des paupières. L'œil est entièrement fermé, la rougeur de la peau s'est étendue au sourcil, au front, et s'est changée sur le dos du nez et la paupière supérieure en une teinte violacée bleuâtre ecchymotique. Sur ce point apparaissaient aussi des pustules presque confluentes et déjà pleines de pus. La fièvre est moins forte qu'hier soir (100 pulsations). Rien de nouveau, ni éruption sur le corps, ni abcès, etc. Délire continu pendant toute la nuit. Selles involontaires.

8 Nov. (3^e jour). — Le matin : 112 pulsations. Hébétude. Pas de pustules sur d'autres points du corps que la face. L'articulation du coude gauche est très douloureuse, un peu gonflée, sans changement de couleur à la peau. Les mouvements y sont presque impossibles.

Pas d'abcès. Le désordre local de la face a encore augmenté. La teinte violacée, l'infiltration sanguine des tissus est plus étendue. Il y a par la narine gauche un jetage abondant. La langue est fendillée, noirâtre, encroûtée de sang desséché. La voute palatine où l'on voyait d'abord des bourgeons charnus très développés et baignés d'une suppuration abondante, est aujourd'hui sèche, aride et complètement lisse; tous les bourgeons se sont affaissés et séchés. Le soir, le pouls est toujours à 112; même état. Délire la nuit.

9 Nov. (4^e jour).—Le matin 112 pulsations. Douleurs extrêmement vives dans les deux genoux et dans les jambes. Le moindre mouvement cause les plus vives douleurs. Le genou gauche contient un peu de liquide. Pas d'abcès ni de pustules sur le tronc ni les membres. Diarrhée très abondante. Matières verdâtres très fétides. A la face, les mêmes lésions ont encore fait des progrès. La teinte érysipélateuse et le gonflement s'étendent au côté droit, dont la paupière œdémateuse peut pourtant se soulever encore. Des groupes de pustules nouvelles s'élèvent sur le front jusque vers la racine des cheveux. L'épiderme est soulevé par un liquide mêlé de pus et de sang qui donne une teinte marbrée bleuâtre. Expectoration de matières épaisses venues de l'arrière-gorge. Hébétude et insensibilité presque complète. Le jetage gagne la narine droite. — Le soir : 120 pulsations. Le pouls est beaucoup plus misérable que la veille.

10 Nov. (5^e jour). -- Même état : 120 pulsations. Peau sèche, brûlante. Douleurs persistantes dans les membres. Ni pustules ni abcès. La face, surtout à droite, est recouverte d'une couche épaisse et croûteuse formée de pus et de sang concrétés. Le nez a doublé de volume. Les yeux sont entièrement fermés, les narines ne laissent aucun passage à l'air. La respiration est embarrassée, bruyante, rapide (40 inspirations).

Le soir, à six heures et demie, la respiration vient de plus en plus embarrassante. Les croûtes de la face, la matière du jetage sont séchées. Toute sécrétion a disparu. Pouls à 120. L'intelligence persiste jusqu'au bout. A cette heure encore le malade répond aux questions, et demande à boire. A onze heures il a cessé de vivre.

Autopsie le 12 à neuf heures du matin — (Temps pluvieux humide, 10°). — *Habitude extérieure*. — Pas de vergetures sur le corps, ni de traces de putréfaction. Pas de raideur cadavérique. Amaigrissement général.

Tête. — *Téguments de la face*. La tuméfaction a diminué. Il reste pourtant encore de l'œdème. Toute la ligne médiane et le côté gauche depuis la racine des cheveux jusques et y compris la lèvre

supérieure présentent une teinte mélangée de rose violacé et de noir plus marquée que pendant la vie. A la place qu'occupaient les pustules existe une croûte noire épaisse de six millimètres, dure et résistant sous le scalpel, sans odeur spéciale ou gangréneuse. Ces plaques noires sont disposées de la manière suivante : la plus large occupe sans interruption toute la partie moyenne latérale gauche du nez et de la lèvre supérieure, se prolongeant sur la joue du même côté un peu au delà du sillon naso-labial. De la partie supérieure de cette plaque s'en détache une autre sous forme de bande étroite, oblique en dehors et en bas depuis l'angle interne de l'œil qui est entièrement envahi jusqu'à cinq centimètres de l'aile du nez. Elle est séparée de la précédente par un intervalle où la peau présente une coloration lie de vin. Au dessus du sourcil gauche on remarque encore une petite plaque arrondie, croûteuse comme les autres, mais large seulement comme une pièce de cinquante centimes. Leurs contours ne sont pas bien limités, et leur circonférence se continue avec une aréole violacée, vergetée, où l'épiderme se soulève dans quelques endroits, et qui se fond insensiblement par des nuances rosées avec la peau restée saine. Des pustules noires avancées à l'angle externe de l'œil sur la paupière inférieure et sur la tubérosité malaire présentent à un moindre degré les mêmes caractères. Au milieu du front et au niveau de la racine du nez est un groupe de pustules ulcérées où le derme est à nu sans croûte. L'œil de ce côté est entièrement couvert par les paupières qui sont œdématisées et agglutinées par leurs bords libres. En ouvrant ces paupières, on est frappé de l'aspect plus terne de l'œil gauche comparé à l'œil droit. La cornée est moins transparente, non ulcérée. La conjonctive est légèrement injectée dans toute son étendue, mais c'est évidemment par continuité avec la conjonctive palpébrale. Celle-ci, en effet, à la paupière supérieure, est le siège d'une violente inflammation; elle est parsemée de plus de vingt pustules confluentes, dont l'une placée en dedans, est de la largeur d'une lentille, et que toutes sont suppurées. Le tissu cellulaire sous-conjonctival est trois fois plus épais que celui du côté droit, et infiltré de pus et de sang. Sur la paupière inférieure, on trouve exactement les mêmes lésions, peut-être un peu moins avancées. L'aspect est le même.

Tissu cellulaire sous cutané, périoste et squelette. — Dans toutes les parties que nous venons d'indiquer, le tissu cellulaire sous-cutané est le siège d'une infiltration profonde de sang et de pus, mélangée dans quelques points en une couche continue, spécialement le long du dos, du nez, du côté gauche. Plus loin, au milieu

du tissu graisseux de la joue, le pus est réuni en une foule de petites collections qui ne sont pas sans analogie avec les abcès métastatiques, séparées qu'elles sont par de petits épanchements de sang. Cette infiltration s'étend jusqu'aux os du front et de la face.

Le périoste qui est lui-même le siège de quelques points ecchymosés et purulents, s'enlève sur toute la mâchoire supérieure avec une facilité un peu plus grande que du côté sain, et il est épais, injecté d'une manière générale, mais bien plus fortement dans la fosse canine; la portion osseuse qu'il recouvre présente elle-même un pointillé rose qui n'existe pas de l'autre côté. Cette apparence à la face externe de l'os coïncide avec les points qui, à l'intérieur, sont le plus fortement injectés.

Fosses nasales. — La membrane pituitaire offre presque partout une rougeur très manifeste sur laquelle se détachent des points plus injectés. La rougeur est pointillée; dans quelques parties, c'est une véritable injection et une arborisation vasculaire distincte, disposée quelquefois linéairement surtout sur les angles saillants. Dans les points où la rougeur est le plus marquée, c'est une véritable tache ecchymotique noirâtre, parsemée de petites pustules purulentes qui sont innombrables. Avant qu'on y fit passer un courant d'eau, elle était partout enduite d'une couche épaisse de mucus puriforme.

Côté gauche. Dans la moitié intérieure, vers la paroi externe a muqueuse, outre les caractères généraux précédemment indiqués, est tapissée par une fausse membrane de formation récente présentant quelques stries vasculaires, se détachant facilement en arrière, mais très adhérente en avant à la pituitaire qui est beaucoup plus rouge, très ramollie, et se déchirant à la moindre traction, lorsqu'on veut la détacher de l'os, tandis que la muqueuse d'un individu non morveux que nous examinons comparativement, résiste beaucoup plus. Elle n'est d'ailleurs pas en cet endroit plus épaisse qu'à l'état normal. Les cornets inférieur et moyen offrent surtout dans leur moitié antérieure la coloration et l'éruption pustuleuse que nous avons décrites. Le cornet supérieur est le siège de lésions plus avancées. La muqueuse y est complètement noire et ramollie, et forme une sorte de détritüs où l'on reconnaît quelques noyaux purulents assez considérables. Dans le méat inférieur, au dessous de la muqueuse, l'os présente un piqueté rouge correspondant au point que nous avons indiqué à l'extérieur. La substance osseuse n'est d'ailleurs pas malade.

Côté droit. L'aspect général est le même, bien que les points

malades paraissent mieux circonscrits et plus nombreux. A la partie antérieure du méat moyen, on remarque une plaque arrondie de la largeur d'une pièce de 1 franc, rouge de sang, piquetée de points purulents, et autour de laquelle la muqueuse est saine. Le cornet moyen offre aussi à sa partie antérieure des pustules nombreuses, et le cornet supérieur, comme d'ailleurs de l'autre côté, est encore le point où les lésions sont le plus avancées.

Cloison. C'est seulement sur la cloison, et surtout sur le vomer, que la muqueuse (comparée à celle d'un sujet sain) est visiblement épaissie; de chaque côté elle a 4 millimètre et demi. A la partie antérieure et moyenne du côté gauche, se trouve une large ulcération, à bords irréguliers, découpés, ecchymosés, au fond de laquelle se voit la muqueuse, noire, altérée, ramollie, et présentant quelques traces de pus. Du côté droit il n'y a que quelques points rouges et ramollis; le cartilage et l'os sont intacts, sans perforation.

Sinus : Frontaux. — A droite, rien; la muqueuse est pâle et mince comme une pelure d'ogon. Il y a seulement un peu de mucosité filante. A gauche la membrane, épaissie de un tiers de millimètre, est rouge dans toute son étendue, injectée. Le sinus est entièrement rempli d'une mucosité gélatiniforme, épaisse, filante. On trouve à peu près 10 ou 12 petites pustules purulentes au fond du sinus où le mucus est remplacé par du pus. Les *sinus ethmoïdaux*, *sphénoïdaux* et *maxillaires*, présentent les mêmes altérations à un moindre degré. Il n'y a pas de pustule.

Cavité buccale. — La langue et la voûte palatine sont couvertes d'un enduit mucoso-purulent très épais. La muqueuse qui revêt la voûte est le siège, comme on l'a vu pendant la vie, d'une large ulcération; elle est sur toute la surface où les bourgeons existaient, fongueuse, ramollie, surtout en avant; derrière les dents incisives, où elle est tout à fait spongieuse, infiltrée de sang, et impossible à détacher. La portion palatine de l'os maxillaire supérieur est dans le même point altérée. La substance compacte est érodée, rugueuse, percée de trous, et comme ulcérée elle-même. Le tissu osseux est ramolli, la substance spongieuse est infiltrée de sang, elle a une teinte noirâtre; c'est une véritable carie de l'os qui n'est d'ailleurs pas perforé. Le voile du palais n'est pas détruit, mais les lésions dans la muqueuse palatine se continuent sur sa face inférieure. Il est aminci surtout vers les fonds des deux ouvertures notées pendant la vie. La luette est très courte, mais intacte.

Cœl. Le pharynx et l'œsophage ne présentent pas d'altérations re-

marquables : trois ou quatre petites pustules seulement sur la muqueuse pharyngienne.

Le larynx et la trachée, plus qu'aucun autre organe, méritent que nous nous y arrétions à cause de la disposition tout à fait remarquable qu'ils présentent : (*Voir la figure ci-jointe.*)

Surface externe. L'épiglotte et le larynx sont régulièrement conformés et très développés. La trachée, mesurée depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'à la bifurcation des bronches, n'a pas neuf centimètres dans sa plus grande longueur; raccourcissement considérable, puisqu'elle en offre habituellement de douze à quinze. Vue par devant, elle n'a nullement la forme qui lui est ordinaire. Cylindrique à la partie supérieure, elle se renfle dès son troisième anneau, présente son plus grand diamètre vers les sixième et septième, et ne revient à son calibre primitif qu'au niveau du quatorzième. Elle est de plus manifestement rétrécie au point où elle se bifurque, de telle sorte qu'elle présente un peu au dessous de sa partie moyenne une vaste ampoule où elle paraît avoir repris en largeur ce qu'elle a perdu en longueur. Ce renflement, qui n'a pas moins de quarante-huit millimètres de diamètre, tandis que le premier anneau n'en a que vingt-sept et le dernier vingt-deux, est aplati, convexe transversalement et concave de haut en bas, de manière à présenter une dépression médiane. Au dessous de cette première dilatation, il en existe une seconde moins régulière où le cylindre est aplati, surtout latéralement, et offre en avant des lignes inégalement déprimées. On voit combien la figure de la trachée est déformée; en effet, les différents anneaux qui la composent sont presque tous rapprochés les uns des autres et fixés invariablement dans cette position sans permettre le moindre allongement, ce qui explique le raccourcissement de la trachée. Quelques uns de ces anneaux ont perdu leur forme circulaire, ils sont aplatis, ou déviés, ou confondus avec ceux qui les précèdent ou qui les suivent : ils semblent luxés les uns sur les autres. Ils ont repris leurs formes et leurs rapports à la bifurcation des bronches, et la conservent dans ses conduits. Cette face antérieure de la trachée n'est d'ailleurs le siège d'aucune altération de texture, son apparence et ses rapports sont normaux. En arrière, la portion membraneuse du conduit aérien est uniformément plane, comme de coutume, seulement les deux lignes qui la limitent latéralement sont sinueuses, et représentent alternativement les courbures correspondantes aux rétrécissements et aux dilatations qui forment en avant les cerceaux cartilagineux.

Surface interne. On peut dire d'une manière générale que depuis l'extrémité supérieure de l'épiglotte jusqu'à la division des bronches, la muqueuse que revêt le larynx et la trachée n'est plus qu'une vaste cicatrice dont la formation doit remonter très loin. La membrane muqueuse est mince, adhérente, généralement pâle, presque blanche en certains points, sèche, transparente, sans injection ni éruption pustuleuse. Des brides fibreuses très résistantes disposées en lignes nombreuses interceptées, étoilées, réunies de mille manières, constituent un réseau aréolaire qui occupe toute l'étendue de la face interne du conduit aérien et que nous allons essayer de décrire en particulier dans chacune de ses parties.—L'épiglotte, en arrière, offre une surface d'un blanc jaunâtre chagriulée, creusée d'une foule de petits diverticulums qui pénètrent jusque dans la substance du cartilage : celui-ci, qu'il est facile d'apercevoir à travers l'épithélium très mince qui la recouvre, est détruit dans plusieurs parties, surtout de chaque côté de la ligne médiane; plus en dehors, la muqueuse qui a résisté est rosée, mamelonnée, et offre au niveau du repli aryéno-épiglottique du côté droit, une ouverture arrondie, régulière, large comme une lentille, et qui conduit en haut jusqu'à la membrane celluleuse thyro-épiglottique, et en bas jusque dans le ventricule droit. Au dessous et en dedans de cette perforation on voit une bride peu résistante qui s'attache à l'extrémité antérieure de la corde vocale supérieure. De l'autre côté, il n'existe pas d'ouverture semblable, mais seulement un amincissement de la muqueuse. La glotte, chose remarquable, est intacte, les deux cordes ne présentent aucune trace d'ulcération récente ou ancienne. La supérieure, du côté droit, seule est détachée en dehors par la perforation que j'ai indiquée. Les deux inférieures ont leur longueur, leur direction, leur structure, normales. La face interne du ventricule est saine. Au devant de la glotte, le larynx est tapissé par une véritable membrane fibreuse à fibres transversales qui partent en rayonnant de la ligne médiane, et tellement adhérente au cartilage cricoïde qu'elle semble se confondre avec lui. A la trachée, sans revenir sur l'aspect général que nous avons indiqué et qui est le même partout, nous devons signaler quelques dispositions particulières. La trachée étant ouverte par la partie postérieure, il est impossible, au niveau surtout des points où elle est élargie et aplatie, de la déplier complètement. Des brides extrêmement résistantes vont s'insérer à l'extrémité des demi-cerceaux cartilagineux, les recourbent et les fixent en leur faisant former une sorte de gouttière assez profonde, qui constitue en deux endroits différents de chaque

côté de la trachée, de véritables ventricules qui n'ont pas moins de 8 ou 10 millimètres de profondeur, et qui sont limités en haut et en bas par des fibres ligamenteuses réfléchies dont l'insertion correspond aux points où la trachée est rétrécie. La disposition qui vient d'être décrite et qui résulte évidemment de la cicatrisation d'une ulcération énorme de la muqueuse laryngo-trachéenne, cesse à la naissance de la bronche droite, mais se continue encore dans la partie supérieure de la bronche du côté gauche, dont le calibre, manifestement rétréci, n'a que cinq millimètres de diamètre.

Cavité thoracique. — Les poumons remplissent toute la cavité des plèvres, et ne s'affaissent pas à l'ouverture de la poitrine. Il n'y a pas d'épanchement de liquide dans la plèvre, mais de nombreuses adhérences, de formation encore récentes, en unissent les deux feuillets, surtout en avant. Les deux poumons, dont le volume est considérable, offrent à considérer sur leur face antérieure de très nombreuses taches d'un blanc jaunâtre, entourées d'une aréole rose ou rouge, plus ou moins foncée, qui tranche d'une manière frappante sur le reste de la surface pulmonaire, dont la coloration ni la consistance ne sont altérées. Ces taches sont formées par des noyaux d'une grande dureté, qui se sentent sous le doigt. A la coupe, on les trouve constitués par une infiltration sanguine circonscrite, au centre de laquelle on trouve du pus plus ou moins collecté. Ces abcès métastatiques, en nombre considérable, cinquante et plus dans chaque poumon, varient pour le volume et se trouvent surtout répandus à la surface du poumon et en avant. La face postérieure est le siège d'un violent engouement qui va, dans quelques points, jusqu'à l'hépatisation et lui donne une couleur presque noire; dans aucune partie on ne trouve de tubercules à quelque degré que ce soit. Les bronches n'offrent rien de particulier.

Le péricarde contient environ 150 grammes de sérosité, et son feuillet pariétal est assez fortement injecté dans quelques parties. Le cœur est très notablement ramolli; ses fibres sont flasques, sans résistance et comme spongieuses, aussi bien au ventricule gauche qu'au ventricule droit. Le sang qu'il renfermait en petite quantité s'écoule presque complètement; il est tout à fait liquide, et c'est à peine si on trouve quelques caillots mal formés arrêtés entre les colonnes charnues du ventricule gauche. Les gros vaisseaux, artères et veines, ne contiennent non plus aucun caillot; il n'y a nulle part de phlébite.

Cavité abdominale. — De tous les viscères abdominaux, la rate seule est malade; ses dimensions, considérablement augmentées,

sont de dix-sept centimètres de hauteur sur quatorze de largeur. Sa couleur est marbrée de gris bleuâtre et rosé; sa consistance est au dessous de la moyenne, elle est uniformément carnifiée. A l'extrémité inférieure, il existe une collection purulente bien circonscrite du volume d'une petite aveline; le pus est entièrement ramolli, crémeux et blanchâtre. *Le foie et les reins* sont sains. La muqueuse intestinale, dans toute son étendue, ne présente rien à noter.

Glandes et ganglions. — Les glandes salivaires et les testicules sont intacts.

Les ganglions des diverses parties du corps ne présentent que peu d'altération. A la mâchoire, dans le creux axillaire, dans l'aîne, ils sont sains. Ce n'est que le long de la trachée et des bronches qu'on en trouve plusieurs, augmentés de volume, ramollis, un seul suppuré. Au mésentère, quelques uns aussi ont cet aspect.

Centres nerveux — Les os du crâne, les méninges et les organes encéphaliques, sont tout à fait dans l'état normal.

Articulations et muscles. — Les articulations qui, pendant la vie avaient été le siège de douleurs, n'offrent aucun changement de couleur à la peau; mais au genou gauche et au coude il y a un gonflement avec fluctuation manifeste. Le liquide qui les produit n'est que de la synovie accumulée dans l'intérieur de l'articulation, et qui a la consistance et la couleur du miel le plus pur, sans aucun mélange de pus. La membrane synoviale n'est que faiblement injectée et un peu épaissie dans quelques points.

Les muscles ne sont nulle part le siège d'infiltrations sanguines ou purulentes. Le seul abcès qui ait existé sur le pied droit est entièrement cicatrisé; la peau forme une dépression à l'endroit où correspond l'ouverture et y est adhérente; les tissus voisins ne sont pas altérés, mais l'os est dénudé et présente un commencement de carie superficielle.

§ I. Avant d'arriver aux détails les plus frappants de cette observation, c'est à dire ceux qui sont relatifs à la morve chronique, je signalerai quelques particularités seulement parmi les phénomènes de morve aiguë qui l'ont terminée. Entre tous les signes spécifiques de la morve aiguë, il en est un qui a plus vivement fixé l'attention des auteurs: je veux parler de l'éruption cutanée générale. Certes, un tel phénomène ne doit pas être négligé; mais il ne faudrait pas lui accorder plus d'importance qu'il ne mérite, et surtout le regarder comme constant. Il a

complètement manqué dans le cas que nous venons de rapporter, et est resté borné aux parties de la face envahies par l'érysipèle, et là les pustules se confondent bien vite avec les phlyctènes et les ecchymoses qui soulèvent l'épiderme. Ce fait n'est pas unique ; et pour n'en citer qu'un seul avec lui, tout récemment M. le docteur Tessier a eu, dans son service à l'Hôtel-Dieu, un morveux qui n'a présenté aucune éruption cutanée. Enfin, pour ramener ce signe à sa juste valeur, il convient de remarquer que le même médecin a rapporté (1) deux observations de fièvre purulente avec pustules en différentes parties du corps. Il est juste pourtant d'ajouter que l'éruption appartient surtout à la morve aiguë farcineuse qui est la plus fréquente chez l'homme. Je noterai encore, sans y attacher autant d'importance, mais comme renseignement curieux, que les désordres étaient surtout marqués et avaient commencé du côté gauche. Ce fait n'a d'intérêt que parce qu'il coïncide avec ce que j'ai trouvé dans presque toutes les observations de morve aiguë publiées jusqu'ici non seulement chez l'homme, mais chez le cheval.

Les altérations aiguës que l'autopsie a fait connaître n'offraient de nouveau que la présence de pustules nombreuses sur la conjonctive et l'aspect terne de la cornée de l'œil gauche, état qui n'avait jamais été vu à un tel degré dans les yeux chassieux qu'on observe d'habitude. On peut en dire à peu près autant pour les sinus frontaux où on n'en a rencontré que dans un seul cas. Il manquait bien des lésions parmi toutes celles qui ont été indiquées ; mais n'est-ce pas un effet de la violence même du mal que cette localisation capricieuse dans tant d'organes frappés à la fois ou les uns sans les autres.

§ II. Quoi qu'il en soit, la morve aiguë n'est ici que la brusque terminaison d'une maladie beaucoup plus longue dont les traces, retrouvées après la mort sous un aspect si nouveau, offrent d'autant plus d'intérêt qu'elles doivent nous servir à caractériser la morve chronique. C'est un fait connu et bien établi

(1) *L'Expérience*, octobre 1841.

dès à présent que les phénomènes spéciaux de la morve aiguë ne se montrent que très rarement d'emblée, et que presque toujours ils sont précédés de symptômes plus ou moins complexes et plus ou moins prolongés d'une affection générale toujours grave. Mais dans tous les cas observés depuis 1837, cette affection, qui se terminait par des accidents aigus, n'était autre qu'un farcin chronique.

Tout en cherchant à distinguer ici la morve chronique du farcin, il importe de ne pas oublier que l'essence même des deux maladies ne diffère pas. Ce sont deux formes d'un type pathologique commun.

En effet, si on étudie le tableau que M. Rayet, dans sa monographie, en a tracé le premier avec une si grande fidélité (1), on verra que chez l'homme comme chez le cheval, tantôt les altérations locales portent principalement sur le système lymphatique, consistant en angéioleucites partielles, inflammations chroniques de ganglions, abcès sous-cutanés multiples; tantôt l'infection générale qui est la même se traduit spécialement par des phlegmasies ulcéreuses à marche lente des différentes membranes muqueuses et surtout de celle des voies respiratoires. Dans le premier cas, on a reconnu le farcin; dans le second, la morve chronique. Mais il arrive souvent que ces deux formes distinctes se confondent et engendrent la morve chronique farcineuse. Cette fusion est même ordinaire à une certaine époque de la maladie, et il n'est pas rare, au bout de plusieurs mois de durée, de voir le farcin suivi de morve chronique, pour se terminer plus tard par la morve aiguë. Cela est tout à fait commun chez le cheval, et les vétérinaires ont indiqué cette forme mixte de la maladie. Mais chez l'homme, la marche n'est pas si régulière, et les symptômes aigus arrivent le plus souvent avant que le farcin se soit transformé ou modifié. Il peut arriver aussi que la forme primitive de l'infection soit plutôt morveuse que farcineuse; mais c'est là

(1) Rayet, *De la Morve et du Farcin chez l'homme*. Paris 1837, passim.

l'exception. Aussi, de toutes manières, la morve chronique, soit précédée de farcin, soit précédant seule la morve aiguë, est-elle très rare chez l'homme.

L'observation que j'ai rapportée me paraît en fournir un exemple beaucoup plus complet que le petit nombre de ceux qui ont été cités. Il ne sera pas sans avantage pourtant de les comparer. Depuis les trois cas que renferme le mémoire de M. Rayer, je n'en connais qu'un appartenant à M. Laugier. Malheureusement les détails en ont été perdus. Voici la seule indication qui reste :

OBS. II. *Morve chronique.* — « Dans la séance du 2 juillet 1839, M. Laugier met sous les yeux de l'académie les fosses nasales d'un palefrenier nègre, mort à l'hôpital Beaujon des suites de la morve chronique. La muqueuse nasale est largement ulcérée en plusieurs points; il y a des portions d'os nécrosées; d'autres sont entièrement perforés. (*Gazette médicale*, 1839, p. 429.) »

Les trois observations citées par M. Rayer, comme les seules dans la science que l'on puisse rattacher à la morve chronique, ont été publiées par MM. Elliotson et Travers et par M. Williams Hardwicke. Dans ces trois cas, l'apparition des phénomènes morveux a été précédée des symptômes de farcin chronique, et quoique par une incroyable et bien fâcheuse négligence les fosses nasales n'aient pas été ouvertes, on ne saurait méconnaître l'ensemble des lésions que l'on rencontre chez les chevaux dans la morve chronique farcineuse. Nous ne donnons qu'un extrait succinct.

OBS. III. *Farcin et morve chronique.* — Matière morveuse inoculée dans une crevasse du ponce de la main droite; trainées rouges sur le bras; abcès; engorgement des glandes de la mâchoire et des aines; écoulement par les narines. Guérison incomplète au bout d'un an environ. (Un âne, inoculé avec le pus des ulcères de ce malade, mourut morveux.) (Elliotson et Travers.) (1).

OBS. IV. *Farcin suivi de morve chronique terminé par une morve aiguë.* — Garçon d'écurie soignant des chevaux atteints de la morve. Au début, douleurs articulaires, taches rouges sur les

(1) Rayer, *loco cit.* p. 216.

membres; tumeur à la joue; abcès souscutanés. Plus tard, douleurs et abcès dans la région temporale gauche. Quatre mois après, affection du pharynx et du nez. (« La douleur de gorge était accompagnée d'une grande gêne de la déglutition et de toux avec expectoration abondante. Le nez, toujours douloureux, finit par se boucher, et le malade était forcé de respirer seulement par la bouche. ») Mort avec tous les symptômes de la morve aiguë.

Autopsie. Dépôt de pus et de sang au-dessous de la peau du crâne. Pneumonies lobulaires. Absès souspéritonéal. Les fosses nasales n'ont point été examinées. (Williams Hardwicke.) (2).

OBS. V. *Farcin suivi de laryngo-trachéite morveuse.* — Palefrenier soignant des chevaux atteints du farcin. Tumeurs qui s'abécèdent aux bras et aux jambes. Dix mois après, la gorge et la trachée artère devinrent douloureuses; la voix s'éteignit. Il y eut d'autres symptômes, tels que maux de tête et toux avec expectoration. De temps en temps le malade ressentait de la douleur vers le nez. Des caillots de sang s'échappaient des fosses nasales qui étaient toujours bouchées. Affaiblissement. Fièvre hectique. Mort après quatorze mois. — *Autopsie.* On n'examina ni les fosses nasales ni les sinus. Le larynx, l'épiglotte, la base de la langue et les amygdales offraient de larges ulcérations et des points gangréneux sales et noirâtres. Il y avait œdème du tissu cellulaire qui avoisine la glotte; la trachée était ulcérée immédiatement au-dessous de l'ouverture de la glotte; matière gangréneuse dans la trachée; pneumonies lobulaires. (*Ibid.*)

Il est facile de voir combien l'observation que j'ai rapportée en détail se rapproche des précédentes et surto ut de la dernière. Un homme en contact pendant sept années avec des chevaux farcineux ou morveux est pris d'abord de douleurs à la trachée d'encliffrement, de douleurs musculaires et articulaires, puis d'une ulcération considérable de la muqueuse buccale, puis d'un abcès, et enfin il est enlevé en quelques jours par la morve aiguë. A l'autopsie, outre les lésions récentes, qui dans les fosses nasales en ont peut-être masqué de plus anciennes, on trouve, dans le larynx et la trachée, la cicatrice d'un ulcère énorme qui en occupait toute la face interne et une carie de la

(2) Two cases of chronic glanders in the human subject (*British Annals of medic.* Feb. 1837. p. 196.) et Rayer *loc. cit.* p. 218 et 223.

voûte palatine. Certes, l'étiologie, la marche, la terminaison et les traces anatomiques de la maladie sont assez caractéristiques. Seulement, dans les trois cas cités par M. Rayer, les premiers symptômes appartiennent exclusivement au farcin chronique, et ce n'est qu'après un temps quelquefois très long que les signes de la morve chronique se sont prononcés. Tandis que dans le nôtre, la forme morveuse a non seulement débuté sans avoir été précédée de farcin, mais de plus est toujours restée comme la seule expression de l'infection générale, si l'on excepte l'abcès unique observé au pied, dans un point qui, chez le cheval, semble être un lieu d'élection. Il n'y a jamais eu, en effet, *engorgement ganglionnaire* ni inflammation des vaisseaux lymphatiques, ni même d'abcès multiples comme dans les cas bien caractérisés. En un mot, ce fait est, comme peut-être aussi celui de M. Laugier, un exemple de morve chronique *proprement dite*. Ceux d'Elliotson, Travers et W. Hardwicke sont des cas de morve chronique *farineuse*.

§. III. L'altération si remarquable que nous avons trouvée dans le larynx et la trachée de notre malade nous a paru trop nouvelle pour qu'il n'y ait pas un réel intérêt à la rapprocher des autres lésions de ces organes, afin d'en tirer peut-être un nouveau chapitre pour leur histoire générale. Si l'exactitude et le soin minutieux avec lequel nous l'avons décrite a pu en donner une idée assez complète, nous ne doutons pas que l'on ne partage notre avis.

L'étude des ulcérations des voies aériennes a été reprise tout récemment par M. Barth (1), et en regardant la question comme fixée par son important mémoire, on est sûr d'avoir sur ce point l'état précis de la science. Or, il résulte de ce travail, basé sur des faits exacts que l'auteur a rapprochés des observations publiées depuis la fin du dernier siècle, que le plus souvent les ulcérations des voies aériennes sont tuberculeuses ou

(1) *Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes*. Dans *Archives générales de médecine*, juin 1839.

syphilitiques, plus rarement cancéreuses. Outre ces trois variétés, quelques unes seraient simples, dues à une cause catarrhale sans dépendance d'aucune altération organique, ou symptomatiques de la fièvre typhoïde, ou enfin produites par l'abus du tartre stibié. On pourrait regarder les autres comme idiopathiques; mais il ne faut point oublier, ajoute M. Barth, que ces ulcérations essentielles sont extrêmement rares.

Quant à nous, nous voulons établir qu'il existe encore une espèce distincte parmi celles que nous venons d'énumérer; et que certaines ulcérations des voies aériennes sont de nature morveuse, c'est à dire engendrées chez l'homme par le contact avec des chevaux farcineux ou morveux, et par l'infection qui en est la suite. La preuve n'en serait pas difficile à faire en se bornant même à analyser l'observation qui fait le sujet de ce mémoire. Pour ôter cependant toute raison de doutes, nous examinerons rapidement et par voie d'exclusion s'il est possible de rapporter à une autre variété l'ulcération dont nous avons décrit la remarquable cicatrice.

Elle n'a rien de commun à coup sûr avec les érosions très superficielles produits d'une simple phlegmasie ou de l'action des préparations antimoniales, ni même avec les ulcères très circonscrits que l'on voit sur la trachée dans quelques cas de fièvre typhoïde. Les destructions cancéreuses sont aussi bien distinctes par les désordres variés qui les accompagnent, par leur aspect et par leur incurabilité. Il ne reste donc que les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques.

Les premières ont des caractères bien tranchés pendant la vie: leur apparition dans le cours d'une affection chronique avec oppression, toux, amaigrissement; leur marche toujours progressive et leur terminaison funeste. Et, après la mort, l'absence de toute cicatrisation et la présence constante de tubercules dans les poumons bien établie par Bayle, Louis, Andral et Barth, suffisent à les différencier de toutes les autres.

Mais pour les secondes, la distinction est plus délicate, et jusqu'à un certain point la confusion serait possible. C'est sur-

tout par leur étendue et leur cicatrisation fréquente que les ulcérations syphilitiques paraissent se rapprocher de celle qu'a présentée le palefrenier Martin. Il importait donc de rechercher si une seule fois déjà on avait observé et décrit une cicatrice aussi résistante que celle d'une brûlure, occupant toute la surface interne des voies aériennes depuis le sommet de l'épiglotte jusque dans les bronches et déterminant une déformation considérable de la trachée. Notre investigation est restée aussi infructueuse qu'elle a été active. Ni dans les ouvrages d'anatomie pathologique, et en particulier dans les belles planches de M. le professeur Cruveilhier, ni dans les traités spéciaux, et entre autres celui du docteur Porter (1), sur les maladies du larynx et de la trachée, et de M. Hawkins (2), sur les ulcères syphilitiques du larynx, nous n'avons trouvé aucune indication. Les exemples de guérison, remarquables d'ailleurs, de larges ulcérations de la trachée que rapportent Morgagni (3), Schultz (4) et Borsieri (5), n'offrent rien de semblable. M. Barth a mentionné lui-même plusieurs cas de cicatrices syphilitiques des voies aériennes; et l'un des plus frappants a été présenté par lui l'année dernière à la Société Anatomique (6). Mais c'est surtout dans les collections du Musée Dupuytren que nous avons cherché quelques pièces pathologiques qui pussent rappeler la nôtre. En voici l'indication précise :

1° Ulcérations syphilitiques du larynx très étendues, cicatrisées; destruction de la plus grande partie de l'épiglotte; trajet fistuleux communiquant de l'espace situé au dessus de la corde vocale supérieure droite avec le ventricule correspondant (M. Barth, 1839). Mais le mal ne dépasse pas la glotte, et la cicatrice est presque plane. Ce cas est cité par l'auteur à la page 15 de son mémoire. 2° Cas semblable (Chassaignac.). 3° Cas semblable avec carie du cartilage (Barth, 1840). 4° Ul-

(1) *Observations on the surgical pathology of the larynx and trachea.* Edinburgh 1826. — (2) *Archives générales de médecine*, t. IV, 1824. — (3) *De sed. et caus.* Epist. 22. art. 27. — (4) *Eph. nat. cur.* dec. 1. an. 3. Obs.—(5) *Instit. medic. pract.* t. I, p. 61.—(6) *Bulletin de la soc. anat.* 15^e année, 1840. p. 170.

cération syphilitique du larynx cicatrisée ; rétrécissement du diamètre du larynx au niveau du cartilage cricoïde ; dilatation de la trachée d'ailleurs saine (Boudet, 1840). J'omets plusieurs autres pièces du même genre de MM. Barth et Voillemier.

Dans aucune de celles qui viennent d'être énumérées, il n'existe une cicatrice analogue par son étendue, sa forme et son siège à celle que nous avons indiquée. Elle est véritablement la seule de cette espèce qu'il soit possible de citer aujourd'hui. Cependant comme il ne suffit pas de distinguer des cicatrices entre elles, voyons si l'ulcération qui s'est guérie dans la trachée de notre malade aurait pu se confondre avec un ulcère syphilitique. Cette question peut paraître au premier abord irréfléchie, et il semble qu'elle ne puisse mener qu'à une hypothèse ; on verra, je pense, qu'il n'en est pas tout à fait ainsi. En effet, les caractères des ulcérations syphilitiques sont assez bien déterminées pour servir de point de comparaison. Leur siège est presque constamment limité à la partie supérieure du tube aérien, et elles se remarquent très fréquemment sur les cordes vocales ; de là vient l'extinction de la voix qui est très commune dans la laryngite syphilitique. Les observations de M. Barth et les pièces du Musée confirment ce fait. Or, dans le cas que j'ai rapporté, les cordes vocales étaient seules intactes, et l'ulcère s'étendait au dessous de la glotte jusque dans les premières divisions des bronches. Cependant, comme le docteur Hawkins a vu, exceptionnellement il est vrai, les ulcérations occuper toute la trachée, il ne faut donner à la considération du siège qu'une valeur relative. Il est bon pourtant de faire observer que, dans ces cas, le mal marche de haut en bas et laisse dans le pharynx des traces que nous n'avons pas rencontrées. Mais, de plus, les ulcérations syphilitiques s'accompagnent très fréquemment encore d'autres symptômes vénériens, tels que des ulcères extérieurs, des syphilides de formes diverses, etc., etc. Or, on se rappelle avec quelle force et quelle constance Martin a soutenu qu'il n'avait jamais eu ni chancres, ni bubons, ni écoulements, si bien qu'il est impossible de douter de sa véracité ; et je ne

sache pas qu'il existe un seul cas où l'ulcération des voies aériennes seule ait pu caractériser l'infection vénérienne à l'insu du malade et en l'absence de tout autre symptôme primitif, secondaire ou tertiaire. Enfin, après toutes ces considérations, est-il possible de douter encore que l'ulcération cicatrisée dont il s'agit ne peut pas plus s'expliquer par la vérole que par la tuberculisation.

Notre tâche est maintenant singulièrement avancée. Nous avons démontré que certaines ulcérations des voies aériennes, dont nous donnons un exemple remarquable, ne sont ni cancéreuses, ni tuberculeuses, ni syphilitiques. Pour achever de prouver qu'elles ne sont pas non plus idiopathiques ou essentielles, il suffit de leur assigner une cause claire et positive qui n'est autre que l'infection morveuse.

Il n'est pas rare de voir dans la morve aiguë l'éruption pustuleuse se propager jusque dans la trachée; mais ce n'est là qu'un fait accessoire entre les lésions nombreuses qu'entraîne cette forme aiguë de l'empoisonnement farcineux. Nous ne nous y arrêtons donc pas. Mais, dans les observations que nous avons rapportées, d'après Hardwicke, on verra (Obs. IV et V.) que la forme chronique s'est caractérisée par des désordres graves du côté des voies aériennes survenus après les symptômes du farcin. L'étiologie, si claire dans ces deux cas, ne l'est pas moins sans doute dans le nôtre, où le fait est simplifié par l'absence de lésions farcineuses.

Cette question, sur laquelle nous ne voulons pas laisser la moindre obscurité, recevra une grande lumière des observations de la médecine vétérinaire. M. Rayet, qui a imprimé, on peut le dire, à l'anatomie pathologique comparée un mouvement aussi nouveau que salutaire, a bien décrit, parmi les altérations de la morve chronique du cheval, des ulcérations qu'il a trouvées dans le larynx au voisinage des ventricules et à la face interne de l'épiglotte : une fois, dans la trachée, une ulcération large comme une pièce de vingt sous dont les bords étaient coupée à pic et la surface granulée; une autre fois, dans

la trachée encore, trois plaques morveuses ulcérées. La cicatrisation n'est pas rare sur de semblables ulcères, et forme alors sur la membrane muqueuse de véritables brides saillantes, dures, résistantes, blanches, qui la sillonnent en divers sens. Je dois à l'obligeance de mon excellent maître, d'avoir vu tout ce que je décris sur de nombreux et admirables dessins qu'il a fait exécuter d'après nature. On me permettra, comme confirmation plus directe encore, s'il est possible, de rapporter textuellement l'observation suivante, qui est peut-être aussi remarquable dans son genre que la mienne, et que je découvre dans les Bulletins de la Société Anatomique (1). (Je ne supprime que quelques détails relatifs à des expériences physiologiques sur l'injection de liquides dans les bronches.)

OBS. VI. *Déformation de la trachée observée chez un cheval morveux affecté de cornage.* (Recueillie par M. Imlin, chef du cours d'équitation de l'École d'Alfort.) — L'observation suivante a été recueillie sur un cheval attaché au cours d'équitation de l'École d'Alfort. Je crois utile de faire précéder les détails qu'elle comporte par quelques considérations générales sur les maladies de ce cheval. — On désigne sous le nom de cornage ou de siffilage, en médecine vétérinaire, un symptôme de différentes affections des voies respiratoires, qui consiste dans un sifflement plus ou moins prononcé, ayant quelque analogie avec le râle sibilant, ou dans un bruit particulier comparable à celui que l'on produit en soufflant dans une corne. Les causes de ce sifflement se rattachent toutes à la difficulté de la respiration, et consistent le plus généralement dans le rétrécissement des premières parties des conduits aëri-fères, produit soit par une déformation de ce conduit même, soit par le développement de produits morbides dans leur intérieur. On a encore attribué ce bruit, dans certains cas où l'inspection anatomique ne fait reconnaître aucun obstacle sensible au libre passage de l'air, à une affection des filets qui se rendent aux muscles dilatateurs des narines. Je vais rapporter l'histoire de ce cheval aussi brièvement que possible.

Le cheval *Abus*, affecté de morve, appartenant au 12^e régiment de dragons, fut envoyé à l'École d'Alfort le 7 mai 1835, pour y servir aux exercices d'équitation et à des expériences sur la morve. A

(1) *Bulletins de la soc. anat. de Paris.* 11^e année, 1836, p. 141.

son arrivée il était vigoureux, plein d'ardeur, et faisait très bien sa reprise de manège ordinaire, mais il ne pouvait soutenir les allures un peu précipitées, sans faire entendre un bruit de cornage très intense, et sans être essoufflé d'une manière extraordinaire.

J'examinai alors ce cheval, et je reconnus que sa trachée était aplatie dans toute sa longueur, depuis le larynx jusqu'à l'entrée de sa poitrine, de telle sorte que son diamètre transversal était de quatre pouces à peu près, et que son diamètre antéro-postérieur n'était que de huit à neuf lignes. Ainsi se présentait la trachée, lorsque le cheval avait la tête haute, lorsqu'il était en exercice, ou lorsqu'il mangeait au râtelier; mais ses rapports changeaient dans les mouvements de flexion de l'encolure, quand l'animal mangeait dans l'auge, ou quand il mangeait à terre; alors son large diamètre devenait antéro-postérieur, et le bord inférieur de l'encolure ressemblait jusqu'à un certain point au fanon du bœuf. C'est surtout dans les mouvements de flexion, qu'il devenait facile d'apprécier la grande déformation de la trachée. Par le toucher de la trachée, dans une partie quelconque de son étendue, même sans exercer la moindre pression, on déterminait immédiatement une toux forte et bruyante, mais qui était rare pendant l'exercice. Au reste le cheval était gai, il mangeait bien, ses fonctions s'exerçaient normalement: pendant et après le travail, sa respiration était très accélérée, et elle l'était d'autant plus que l'action avait été plus longtemps soutenue, et que l'allure avait été plus précipitée.

Soumis pendant les vacances, depuis le 1^{er} septembre jusqu'au 1^{er} octobre, à un travail moins régulier et pas toujours en rapport avec les règles de l'hygiène et de l'équitation, le cheval ne tarda pas à se ressentir de l'influence funeste de ces exercices violents et longtemps prolongés; et hors d'état de faire plus longtemps le service du manège, il fut, à mon retour à l'École, désigné pour être sacrifié. A cette époque, la difficulté de la respiration ne se faisait pas seulement apercevoir pendant l'exercice, mais même pendant le repos à l'écurie, et j'ai plusieurs fois compté 40 à 50 respirations par minute: tandis qu'à l'état de santé et au repos, le nombre des respirations est ordinairement de 10 à 12. Le bruit de cornage qui autrefois n'existait que pendant le travail, se faisait entendre au repos à chaque inspiration. En même temps que l'air inspiré faisait fortement vibrer les ailes du nez, la trachée et les parois thoraciques, les naseaux étaient largement dilatés, les inspirations étaient profondes et longues, et les expirations courtes. A l'auscultation on entendait dans l'intérieur de la poitrine un sifflement très fort à

chaque temps d'élévation des côtes, et il était impossible de distinguer, pendant les inspirations, le murmure respiratoire. Pendant les expirations, ce murmure était très faible et accompagné d'un râle muqueux très fort, que l'on remarque dans toute l'étendue de la poitrine.

Jusqu'au mois de décembre, sa maladie suivit une marche régulièrement progressive. Le cornage et la dyspnée augmentèrent de plus en plus; l'animal ne fut sorti que rarement de l'écurie; ses membres s'engorgèrent, une infiltration séreuse envahit le fourreau, et s'étendit bientôt jusqu'au sternum.

Dans la nuit du 3 au 4 décembre, incommodé par le bruit de cornage que l'on pouvait très bien entendre à 50 ou 60 pas de la place de l'animal, M. le professeur Delafond descendit dans l'écurie et pratiqua au cheval la trachéotomie; mais, bien que l'ouverture de la trachée ne se trouvât qu'à 4 pouces de l'entrée de la cavité thoracique, le cornage ne fut, par cette opération, ni aboli, ni diminué, ce qui fit soupçonner que la trachée était déformée bien avant dans la poitrine,

Au moment où l'opération fut pratiquée, la trachée se présenta par son petit diamètre, et M. Delafond m'assura le lendemain qu'il avait éprouvé beaucoup de difficulté à en inciser les parois, à cause de leur épaisseur et de leur densité aux angles résultant de leur aplatissement, et qu'au moment où il allait placer le tube à trachéotomie, l'ouverture extérieure ne communiquait plus avec l'ouverture de la trachée; sans doute qu'alors le cheval avait beaucoup relevé la tête, et que la trachée s'était présentée par son grand diamètre.

Un engorgement très considérable suivit cette opération, et quoique l'ouverture de la trachée fût assez grande, et que le tube à trachéotomie fût aplati dans le sens même de la déformation de la trachée, il devenait excessivement difficile de l'introduire et de le maintenir dans cette ouverture, et son adaptation fut même impossible le 9 du même mois. Alors la plaie, au milieu de cet engorgement, avait pris un caractère ulcéreux; ses bords étaient renversés, sa surface saignait au moindre contact et était le siège d'une sécrétion abondante de pus séreux et sanguinolent, répandant une odeur infecte par la toux, qui avait augmenté en même temps que la difficulté de la respiration. L'animal expulsa fréquemment, par l'ouverture de la trachée, des quantités considérables de matière grisâtre, sanieuse et également infecte. On abat le cheval au mois de janvier en lui injectant de l'air dans les veines.

A l'autopsie, faite deux heures après la mort, les organes abdominaux ne présentaient aucune lésion morbide. Dans la poitrine, le cœur et les gros vaisseaux veineux étaient remplis de sang noir, mousseux et comme battu avec de l'air. Les poumons étaient sains dans une grande partie de leur étendue; tout le long de leur bord dorsal ils présentaient beaucoup de tubercules miliaires et pisi-formes à l'état de crudité et à l'état de ramollissement, et leur extrémité antérieure, dans l'étendue de deux ou trois pouces autour des premières divisions bronchiques, était le siège d'une induration blanche. En incisant le tissu en différents sens, je fis sortir des tuyaux bronchiques une grande quantité de pus blanc et crémeux; mais je n'ai pu reconnaître aucune trace d'inflammation sur la muqueuse des bronches.

D'après les symptômes observés pendant la vie de l'animal, les principales altérations doivent se trouver dans la trachée. Ce conduit, en effet, dans toute son étendue, depuis le premier jusqu'au dernier cerceau, était aplati d'avant en arrière, et cet aplatissement était surtout remarquable dans le milieu de sa longueur. Tous les cerceaux, à l'exception du premier et du dernier, étaient ouverts à leur face postérieure, et leurs extrémités étaient plus ou moins écartées l'une de l'autre; leur face antérieure, au lieu d'être convexe, était plane et même concave dans ceux qui étaient le plus déformés. Sur cette face, on reconnut dans les neuf cerceaux, une espèce de crête longitudinale qui semblait provenir d'une ancienne fracture. La paroi postérieure de la trachée n'était formée que par la membrane muqueuse et par la membrane charnue; cette dernière, extraordinairement développée, avait dans sa partie médiane une largeur de quatre pouces, et formait avec les extrémités des cerceaux une vaste gouttière dans laquelle était logé l'œsophage. Vers son tiers supérieur, au-dessus de l'endroit où avait été pratiquée la trachéotomie, là où la face antérieure des cerceaux était concave, les parois antérieure et postérieure, dans leur ligne médiane, étaient tout à fait accolées l'une contre l'autre, et il ne restait, pour le passage de l'air, qu'un très petit conduit de chaque côté du plan médian. Deux cerceaux qui avaient été atteints lors de la trachéotomie étaient le siège d'une lésion profonde; on y voyait le tissu cartilagineux rougeâtre, ramolli et ayant une odeur infecte. Une induration squirrheuse dans l'étendue de deux pouces à peu près, entourait cette ouverture accidentelle, qui s'était considérablement agrandie par les progrès de l'ulcération. Les bronches et leurs divisions n'étaient nullement déformées. Le larynx

avait sa forme normale; cependant, vers leur réunion, les cartilages thyroïdes étaient considérablement épaissis et présentaient des noyaux d'ossification; le cartilage cricoïde, dont les parois avaient près de trois lignes d'épaisseur, était complètement ossifié. Dans les cavités nasales, on trouve des lésions qui appartiennent à la morve.

J'ignore si des faits analogues ont déjà été observés en médecine humaine. Dans les écrits vétérinaires, je ne sache pas qu'aucune déformation semblable ait été consignée.

Est-il possible de trouver une analogie plus frappante que celle qui existe entre le fait que l'on vient de lire et celui qui nous est propre. Cette fois encore la pathologie humaine éclairera la médecine comparée; car on ne s'était pas préoccupé de la nature évidemment morveuse des lésions de la trachée qui existaient chez le cheval *Abus*. Ni M. Imlin, qui est un vétérinaire fort instruit, ni M. Maillet, dont la perte a été si profondément sentie par tous ceux qui avaient apprécié son esprit distingué, et qui, dans le rapport dont il a fait suivre l'observation précédente, cite un cas semblable; ni l'un ni l'autre n'ont songé au véritable caractère de ces lésions signalées, il est vrai, en 1856, avant qu'on ait scruté de toutes parts cette question de la morve. On en trouve de nombreux exemples dans les écrits des vétérinaires (1) qui savent très bien que ces altérations sont communes chez les chevaux atteints de morve chronique.

Si la laryngo-trachéite farcineuse est aussi bien établie chez le cheval, on ne fera sans doute plus de difficulté de reconnaître qu'elle ne saurait être plus douteuse chez l'homme. L'étiologie évidente, dans les observations de morve chronique que nous avons citées, et, d'une autre part, leur analogie avec certains faits avérés de pathologie vétérinaire, nous autorise suffisamment à admettre que certaines ulcérations des voies aériennes, et, en particulier, celles que nous avons décrites, qui ne sont ni tuberculeuses ni syphilitiques, peuvent être détachées du

(1) *Dict. de méd. et de chir. vétérin.*, par Hurtrel d'Arboval, art. *Trachéotomie*, etc. 1837.

groupe que l'on avait dénommé idiopathique, et doivent être regardées comme de nature morveuse. Nous voudrions montrer aussi ce qu'il faut penser de certaines ulcérations réputées essentielles. En voici un exemple :

Obs. VII. — *Cocher de fiacre, 49 ans, non vérolé, non scrofuleux.*— *Engorgements ganglionnaires survenus lentement, puis disparaissant et suivis de toux.* — *Douleur de gorge et dyspnée.*— *Large ulcération de la trachée.*— *Pas de tubercules pulmonaires.* — Pierre Loiseau, cocher de fiacre, âgé de 49 ans, d'un embonpoint médiocre et d'un tempérament bilieux sanguin, avait toujours joui d'une bonne santé. Il buvait beaucoup de vin et d'eau-de-vie. Jamais dans son enfance il n'avait eu d'engorgements glanduleux, ni aucun symptôme de scrofules. Il fut affecté au commencement de janvier 1808, sous le cou et les aisselles, d'un grand nombre d'engorgements glanduleux durs et indolents, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Après être resté stationnaires pendant sept ou huit mois; ils commencèrent vers la fin d'août à diminuer progressivement et d'une manière si rapide que dans l'espace de quelques mois ils disparurent complètement. En même temps le malade commença à tousser et à avoir la respiration gênée. Admis à la Charité le 26 mars 1809, il était amaigri et présentait une dyspnée habituelle. Le son était normal. Il se couchait indifféremment sur l'un et l'autre côté, et n'avait jamais craché de sang. Sa voix était à peine enrouée. Il ne restait aucune trace des engorgements glanduleux. Poulx médiocrement développé. Expectoration abondante et épaisse (Traitement palliatif par les narcotiques). Jusqu'à la mort, arrivée le 25 avril, il n'eut ni diarrhée, ni sueurs abondantes, ni aucun autre symptôme que la dyspnée.— *À l'autopsie* : La trachée-artère n'offre rien à l'extérieur. On trouve dans sa partie inférieure, sur la surface interne, un ulcère qui avait au moins un pouce et demi de hauteur et qui se terminait à peu de distance de l'origine des bronches. Son aspect n'offre rien de particulier, si ce n'est que les bords sont peu élevés. La partie supérieure de la trachée était dans l'état naturel ainsi que le larynx. Les poumons étaient parfaitement sains; si ce n'est un peu de pneumonie limitée à la base du poumon droit. Le cœur et les gros vaisseaux étaient dans l'état normal. Dans l'abdomen et le crâne il n'y avait rien de remarquable. Les glandes sympathiques, tant extérieures qu'intérieures, parurent toutes exemptes d'altération. (Cayol, *de la Phthisie trachéale*. Thèse 1810. N° 93, obs. 1^{re}.)

Nous ne saurions mettre trop de réserve et de restriction dans l'interprétation de ce fait remarquable. Et personne plus que nous n'est pénétré de l'impossibilité d'en tirer autre chose que des conjectures et des probabilités. Nous avons voulu pourtant le rapporter afin que l'on comprenne bien l'importance qu'il y a à établir d'une manière positive des variétés et des espèces distinctes parmi les différentes ulcérations des voies aériennes. En effet, si nous revenons sur les détails de l'observation précédente, en faisant la part de ceux qui manquent et de l'étiologie qui est tout à fait nulle, nous voyons que l'absence de tubercules peut éloigner l'idée d'une ulcération tuberculeuse; que d'un autre côté le siège de la lésion, sa marche et le manque absolu de tout symptôme vénérien, car on ne peut guère considérer comme tel cet engorgement spontanément disparu, ne permettent guère d'attribuer le désordre de la trachée à l'infection syphilitique. Il faudrait donc voir là une ulcération essentielle, si ces tumeurs ganglionnaires à marche lente chez un individu non scrofuleux, suivies d'ulcère de la trachée, avec affaiblissement général et mort; si tout cela, rapproché de la profession du malade, ne faisait involontairement penser à l'analogie que cette affection a présentée dans sa marche avec une véritable morve chronique farcineuse. Encore une fois, nous supplions qu'on ne nous fasse pas dire plus que nous ne disons. Nous ne trouvons ici que le doute et l'incertitude; mais c'est justement pour cela que nous avons cherché à fixer l'attention sur ce point, afin d'y appeler la lumière en montrant combien il est nécessaire qu'il soit éclairé.

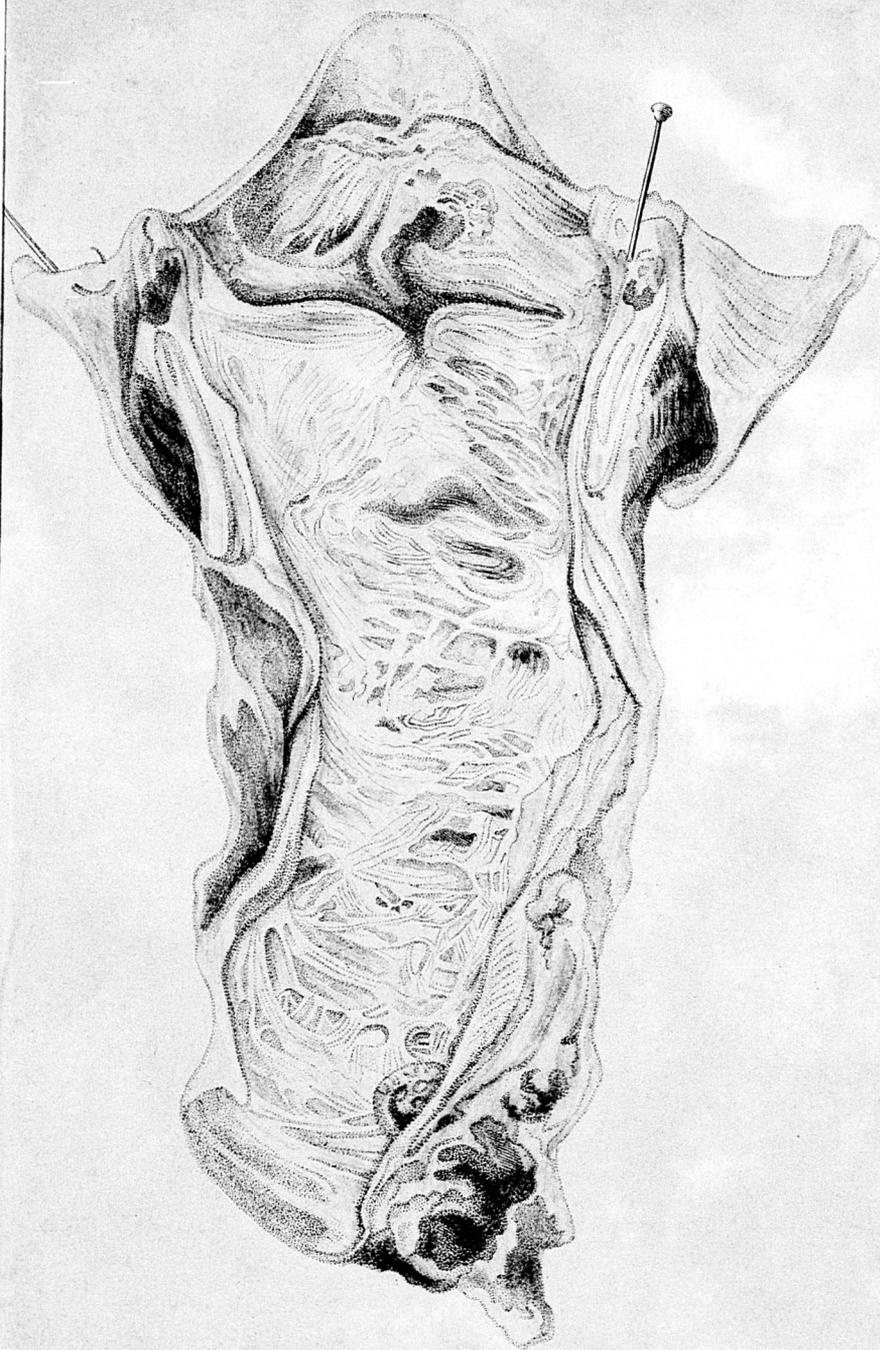
L'observation que nous avons donnée au commencement de ce Mémoire nous a servi à prouver l'existence de la laryngo-trachéite morveuse chez l'homme; mais elle serait insuffisante pour tracer l'histoire de cette maladie particulière (1). Nous n'ajouterons donc que quelques mots. Une ul-

(1) Il est seulement une remarque à faire au sujet du diagnostic si important pendant la vie, de cette lésion caractéristique. M. Rayer m'a dit avoir assisté à l'ouverture d'un cheval qui ne présentait aucun sym-

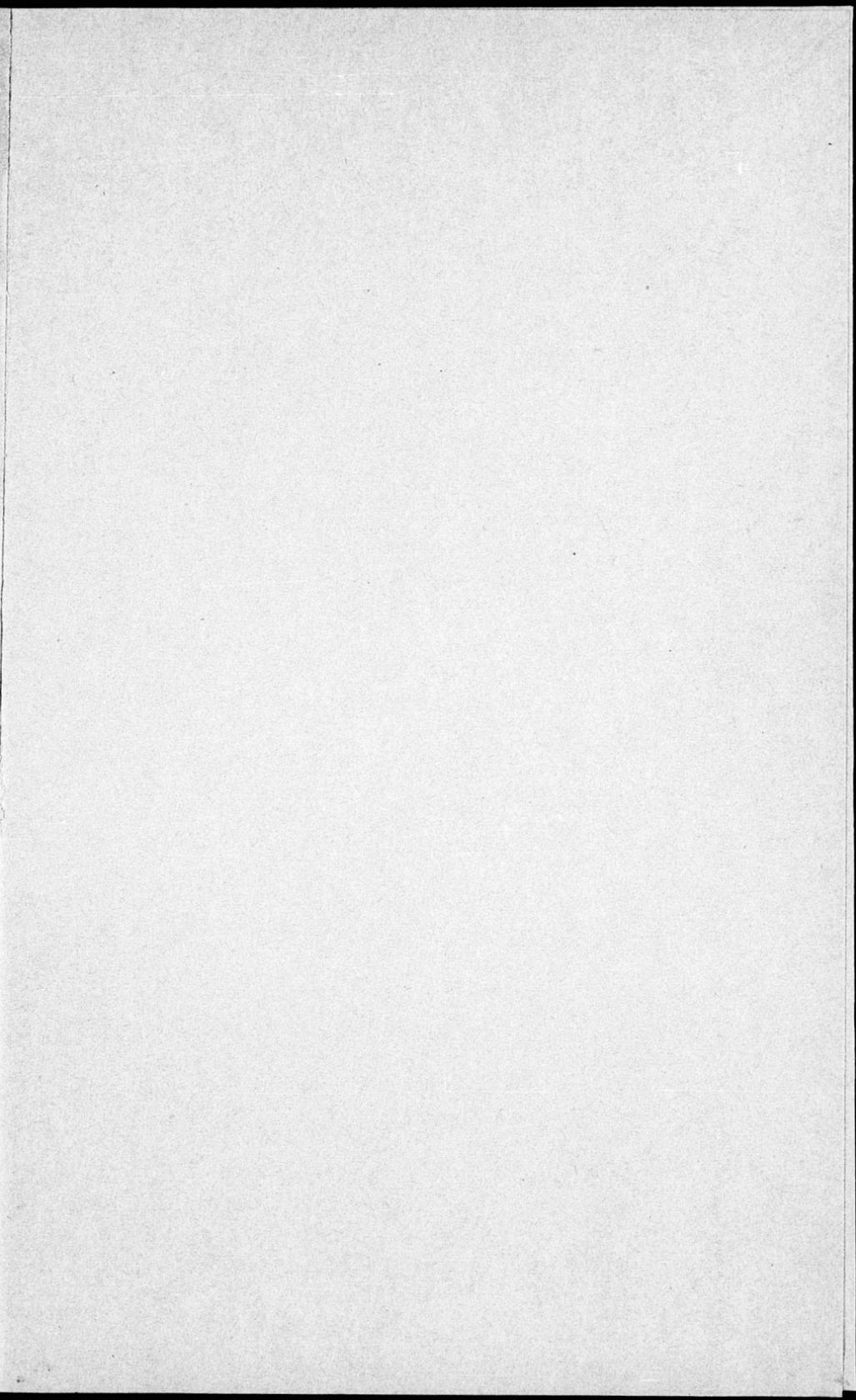
cération des voies aériennes peut être le premier et rester pendant longtemps le seul effet d'une infection morveuse ; et un homme peut être empoisonné ainsi chroniquement sans abcès extérieur et sans autre trace que celle qu'on trouve dans un organe interne. Ce n'est pas tout : Cette ulcération peut se cicatrifier, quelle que soit son étendue, de la manière la plus complète ; et, malgré cette guérison apparente, il faut se garder de porter un pronostic favorable. Car la cause survit, le poison agit sans cesse, et, s'il s'est épuisé d'un côté, il n'en est pas moins présent dans l'organisme qu'il finit bientôt par ruiner tout à fait. C'est ainsi que l'ulcère se cicatrise, que les abcès se ferment, et que pourtant la morve aiguë éclate un jour comme terminaison inévitable.

ptôme extérieur de morve ou de farcin, et chez lequel on trouva deux ulcérations morveuses dans la trachée. Mais on comprend que chez les solipèdes il sera toujours beaucoup plus difficile de reconnaître de semblables lésions que chez l'homme, qui, par l'indication du siège de la douleur qu'occasionne un ulcère semblable, pourra au moins la faire soupçonner. Il est probable aussi que l'auscultation serait d'un grand secours en révélant des bruits particuliers que le brusque passage de l'air, sur une surface aussi altérée, ne peut sans doute manquer de produire.

FIN.







100-100

