

Bibliothèque numérique

medic@

**Quinquaud, E.. - De la scrofule dans
ses rapports avec la phthisie
pulmonaire**

1883.

*Paris : Imprimerie A. Parent, A.
Davy, succr
Cote : 90975*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

13

DE
CONCOURS D'AGRÉATION
LA SCROFULE

DANS SES RAPPORTS AVEC
LA PHTHISIE PULMONAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉATION
(**Pathologie interne et Médecine légale**)

PAR

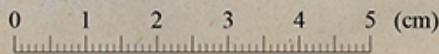
Le D^r E. QUINQUAUD

Médecin des hôpitaux.

PARIS

IMPRIMERIE A. PARENT, A. DAVY, Succ^r
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

—
1883



CONCOURS D'AGRÉGATION

Pathologie interne et médecine légale.

LA SCROFULE

MEMBRES DU JURY

DU PHthisIE PULMONAIRE

Président : M. LASÈGUE.

Juges : MM. G. SÉE.

JACCOUD.

FOURNIER.

CORNIL.

DUPRÉ (de Montpellier).

MAYET (de Lyon).

BERGERON (Académie de médecine).

Secrétaire : M. DIEULAFOY.

Secrétaire-adjoint : M. PUPIN.

AYANT PROPOS.

CANDIDATS

| MM. ARTIGALAS. | MM. DREYFOUS | MM. LEROY. |
|----------------|-----------------|------------|
| BARD. | DREYFUS-BRISAC. | LETULLE. |
| BAUMEL. | DU CASTEL. | QUINQUAUD. |
| BLAISE. | HANOT. | ROBIN. |
| CLÉMENT. | HUTINEL. | SCHMITT. |

(1) Traité de path. interne, tome 1, 1876.
Quinquaud.

CONCOURS DE MÉDÉRATION

La Société Internationale de médecine légale

MEMBRES DU JURY

D'Alphonse : M. LAVIGNE

Jules : MM. G. BÉG

VCOCOURD.

ROHRINGER.

CORNU

DUBRÉ (de Montréal)

WALRAT (de Lyon)

BERGERON (Académie de médecine)

Seguin : M. DÉJULATY.

Seguin : M. PUPIN.

{ (en)

COLLABORATEURS

MM. VILLELAIS. MM. DREYFUS.

BAUD.

HAUER.

HATZ.

GRIMMEL.

MM. DREYFUS-BRISÉC.

LESTUET.

DU CASTEL.

GUINODAUD.

ROBIN.

SCHMITT.

HUTINEL.

GRIMMEL.

— 5 —
DE

LA SCROFULE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA PHTHISIE PULMONAIRE

AVANT-PROPOS.

SCROFULE ET PHTHISIE.

La scrofule peut être définie cliniquement une dystrophie constitutionnelle (diathèse polygénique de Gintrac), dont les manifestations, de nature inflammatoire pour la plupart, occupent la peau, les muqueuses, les ganglions, le tissu cellulaire, le tissu ostéo-fibreux et les viscères (Jaccoud) (1).

Ces affections ont rarement un caractère aigu ; ordinairement elles ont une marche subaiguë ou chro-

• (1) *Traité de path. interne*, t. III, p. 919, 1883.

nique, avec tendance à récidiver, à suppurer, ou détruire ; les lésions sont riches en cellules, envahissent parfois simultanément ou successivement les organes les uns après les autres.

La *phthisie pulmonaire*, sorte de tuberculose locale (1), a pour signe anatomique le tubercule, qui se distingue par son *évolution spéciale* ; il débute par le tissu de *granulations* siégeant de préférence autour des éléments tubuleux, autour des vaisseaux, comme si le sang était vicié par un agent infectieux. Dans une seconde phase, les cellules se groupent en nodules à jeunes cellules (tubercule embryonnaire de Grancher, tubercule élémentaire de Malassez), qui se retrouvent dans les produits de nature diverse. A mesure que ces nodules embryonnaires évoluent, ils deviennent le tubercule de Köster et de Friedländer ; le follicule tuberculeux de Charcot, avec la cellule géante, à protoplasma homogène, opaque, d'une teinte jaunâtre, avec une rangée de noyaux à sa périphérie ; autour sont placées des cellules épithélioïdes, enfin vient un second cercle de jeunes cellules rondes. Puis le follicule se groupe en *tubercules agglomérés* (granulation grise de Laënnec). Si la zone périphérique devient fibreuse, on a le tubercule fibreux de Bayle, la granulation de guérison de Cruveilhier.

Le tubercule miliaire, le tubercule géant ou massif, reproduit le tubercule aggloméré (Charcot, Grancher) ; toutefois, il y a coexistence de lésions inflammatoires, démontrées par Reinhardt, Virchow, Cornil et Ravier, lésions qui, avec les différences de tissus, la transformation caséuse, fibreuse ou purulente, donnent à la

(1) Hanot. Excellent article sur la phthisie. (Dict. de Jaccoud, p. 214.)

tuberculisation des organes des aspects si variés que l'on peut en méconnaître la nature.

Si les phases embryonnaires se retrouvent dans des lésions de nature diverse, le *tubercule* aggloméré est presque caractéristique de la tuberculose, maladie probablement infectieuse, dans laquelle l'insuffisance nutritive joue un rôle primordial et majeur au point de vue du traitement (Jaccoud).

La scrofule étant définie par la clinique et la phthisie pulmonaire par l'anatomo-pathologique, on peut prévoir que la grande question des *rapports de la scrofule à la phthisie* sera dominée par les rapports anatomo-pathologiques que nous étudierons surtout dans la première partie, et les relations cliniques décrites dans la seconde partie.

Chemin faisant, nous rencontrerons des lésions tuberculeuses considérées jusqu'ici comme étant scrofuleuses. Cela tient à ce que les allures de la tuberculose ne sont pas toujours les mêmes ; les différentes variétés de phthisie en sont une preuve. Elles présentent une analogie évidente ; la différence ne s'accuse que dans les cas extrêmes, mais ces différences ne constituent que des variétés et nullement des espèces. On commence par être tuberculeux granuleux, ou tuberculeux pulmonique, on finit par devenir phthisique ; et si l'on ne meurt pas fatallement phthisique, c'est que l'on guérit, ou que les lésions n'atteignent pas toujours la période ulcéruse et tuent avant d'arriver à la période de consommation (1). Nous aurons ainsi des tuberculisations aiguës, subaiguës et chroniques, des formes *scrofuloïdes*, qui hier encore appartenaient à la scrofule ; toutes ces

(1) Dieulafoy. *Pathologie interne*, T. I, p. 151.

tuberculoses ont des modalités variées au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique. La grande maladie tuberculeuse est polymorphe: nous en connaissons certaines variétés; d'autres doivent être soumises à l'observation moderne.

INTRODUCTION

La connaissance des maladies ne fait de progrès que par l'emploi de méthodes scrupuleusement raisonnées. La clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation, en combinant leurs efforts, ont permis d'arriver à la découverte d'un certain nombre de lois nouvelles ; mais, employée seule et systématiquement, chacune d'elles a suscité des erreurs. C'est par leur association que l'on parvient à entrevoir la vérité, à la condition formelle que l'observation clinique soit rigoureuse, que l'anatomie pathologique soit pratiquée avec sa technique la plus exacte et que l'expérimentation soit soumise aux lois si délicates du déterminisme.

Nous reconnaîtrons combien il est indispensable de procéder avec prudence et logique, en étudiant les rapports de la scrofule avec la phthisie pulmonaire.

Les enseignements séculaires de la clinique ont révélé aux médecins de tous les temps et de tous les lieux l'existence de rapports intimes entre la scrofule et la phthisie ; l'école de Bayle et de Laënnec elle-même n'a pu les nier d'une façon absolue.

Mais les dissensiments éclatent lorsqu'il s'agit d'expliquer ces relations, et la matière tuberculeuse devient, à toutes les époques, la grosse pomme de discorde.

L'histoire, que nous allons interroger, mettra ces deux faits en évidence ; elle nous montrera tout le parti que les esprits anciens ont su tirer de l'induction, et nous conduira aussi à payer un juste tribut de gratitude à l'esprit moderne.

PREMIÈRE PARTIE. — Le premier chapitre contiendra l'exposé succinct des opinions émises sur le sujet par les divers auteurs.

CHAPITRE II. — De cet exposé, il ressortira clairement que l'objet principal du litige est le produit tuberculeux ; il sera donc indispensable d'examiner les moyens de le reconnaître ce produit, d'où l'étude du critérium anatomo-pathologique et expérimental.

CHAPITRE III. — Dès lors, la lésion de la tuberculose étant diagnostiquée, il deviendra plus facile de délimiter son domaine, ainsi que celui de la scrofule.

SECONDE PARTIE. — On aura par suite deux catégories de maladies dont les localisations seront reconnues : les unes scrofuleuses, les autres tuberculeuses, et l'on pourra établir leurs relations multiples.

Enfin, un résumé nous permettra de préciser les points acquis et d'indiquer ceux qui restent encore à élucider pour arriver à une connaissance plus parfaite des rapports de la scrofule avec la phthisie pulmonaire.

— Etat de la question à travers les âges. —

Etat de la question à travers les âges.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I.

Etat de la question à travers les âges.

PREMIÈRE ÉPOQUE

PREMIÈRE PHASE. — Hippocrate et Celse. La scrofule et la phthisie sont élevées au rang d'espèces d'après leurs symptômes.

A l'origine, l'accord règne entre les médecins. Les *choirades* d'Hippocrate (1), la *strumel* de Celse (2) sont distinguées de la consommation pulmonaire. La *phthisie* désigne bien une maladie du poumon consécutive à un ulcère de cet organe ; par extension, on applique également ce terme à d'autres états cachectiques. D'autre part, toute nouure cervicale est de la *strume*, et l'on comprend sous cette rubrique tous les groupes de malades à col noueux et gonflé (*pessimus colli morbus*).

L'humorisme ancien est la pathogénie dominante.

DEUXIÈME PHASE. — Les tumeurs du cou et les tubercules sont de même nature. L'état caséux est le type de la matière strumeuse ; c'est un produit primitif préexistant dans le sang. Unité de la scro-

(1) Hippocrate. De glandulis. Cap. III, Aphorism, 111, 26.

(2) Celse. Operd. lib. V, cap. XXVIII.

fule et de la tuberculose. Aurore de la phthisie non scrofuleuse. — Sylvius Deleboe et Morton, créateur de la phthisie scrofuleuse. Stéatome de Portal. Matière scrofuleuse de Baillie.

La marche progressive des idées est fort curieuse à étudier dans cette phase. Hippocrate et Celse avaient séparé les deux maladies ; les médecins du XVII^e siècle en affirment l'unité : avec Sylvius et Morton, ils assimilent le tissu des ganglions strumeux à celui des tubercules pulmonaires, la strume et la tuberculose sont donc confondues. Plus tard, on finit par reconnaître que les produits sont distincts (Baillie). Pour Vetter, le tubercule n'est pas scrofuleux, les deux diathèses existent alors séparément, et cette période, qui avait débuté par l'unicité, finit par la dualité.

Sylvius Deleboe (1), un des fondateurs de l'anatomie pathologique, entrevoit l'analogie de la matière tuberculeuse et celle des ganglions scrofuleux. « Chez les strumeux, tous les ganglions se gonflent, il n'y a rien d'étonnant à ce que, dans les poumons, de petits ganglions, invisibles à l'état normal, deviennent alors visibles. » Ce passage nous semble contenir le premier rudiment des rapports de la scrofule et de la phthisie pulmonaire.

Richard Morton (2), profond observateur, estime que la notion étiologique peut servir de critérium pour classer les phthisies, qu'il divise en *originaires* et en *symptomatiques*. Parmi celles-ci il étudie la phthisie scrofuleuse qui « *frequentissime praxi occurrit.* »

Dans quelques cas les glandes des poumons sont

(1) *Francisci Deleboe Sylvii opera medica. Amstelodami, apud D. Elsevirium et A. Wolfgang, 1679, et Tractatus de phthisi.*

(2) *Richardi Morton Opera medica (1^{re} édition 1689). Editio novissima. Lugduni, 1737, tome I, Tractatus de phthisi.*

seules prises. Le diagnostic repose sur l'existence antérieure de l'engorgement ganglionnaire, de l'ophthalmie et des affections cutanées.

Bergen (1), médecin suédois, et *S. P. Dubois* (2) étendent le domaine de la maladie, en y comprenant les lésions osseuses et les abcès froids.

François de Sauvages (3) considère la scrofule comme une maladie généralisée : « Le virus scrofuleux engendre dans les diverses parties du corps des ulcères opiniâtres et sordides ; souvent il cause la carie des doigts, attaque les articulations et produit des ankyloses, des exostoses.... Les écrouelles du cou sont la moindre partie de la maladie. Les écrouelles qui affectent les poumons ou quelqu'autre viscère menacent d'un danger certain ; la plus grande partie des phthisies reconnaissent assurément pour causes les écrouelles. » La scrofule peut être fugace, bénigne avec quelques ganglions.

R. Mead (4) est d'avis que les tubercules sont des glandes lymphatiques scrofuleuses, « la phthisie naît la plupart du temps de la scrofule ».

Bordeu (5) regarde la scrofule comme une maladie générale.

Stark (6) décrit, le premier, le tubercule *granulation*. Plus tard, avec *Reid* (7), il nie, d'une manière absolue,

(1) *Bergen*. Diss. de Scrofula, 1700.

(2) *Dubois*. Nouveau traité des scrofules, 1726, p. 11.

(3) *François Boissier de Sauvages*. Nosologie méthodique ou distribution des maladies en classes, etc., traduit par M. Gouvier. Lyon, 1772 (1^{re} édition 1765).

(4) *R. Mead*. Recueil des œuvres physiques et médic., trad. en français par Coste, Bouillon, 1774.

(5) *Bordeu*. Dissert. sur les tumeurs scrofuleuses. Paris, 1757.

(6) *Stark*. De phthisi pulmonali. th. in-4^o, Lugduni Batavorum, 1767.

(7) *Th. Reid*. An Essay on the nature and cure of the phthisis pulmonalis ; 2^e édition, by Thomas Reid. London, 1785, passim.

les ganglions du poumon et la nature ganglionnaire des tubercules, qui sont consumés par le pus et forment la *vomica* ou caverne.

Kortum (1) écrit que la présence des tubercules dans les poumons est une des causes fréquentes et importantes de la phthisie pulmonaire; il montre que le tubercule devient graduellement cru, induré, suppuré, et ulcéré, et il étudie ces états successifs.

Marx (2) affirme que les tubercules naissent le plus souvent du vice scrofuleux.

Hufeland (3), un des grands historiens de la scrofule, écrit : « la scrofule produit sur le poumon l'engorgement des glandes lymphatiques; plus tard la nutrition générale languit et la fièvre hectique se déclare. » Pour cet auteur, la scrofule est une maladie générale avec des localisations.

Portal (4) voit dans la phthisie une maladie scrofuleuse; mais, contrairement aux auteurs précédents, il admet dans les poumons deux sortes d'indurations : les unes *inflammatoires*, les autres *tuberculeuses*, ces dernières constituées par des nodosités scrofuleuses qui peuvent prendre l'aspect *stéatomateux*. Il indique nettement que le tubercule est en rapport avec l'état de phthisie. Il admet deux espèces de phthisie scrofuleuse : l'une héréditaire, l'autre acquise. Il distingue la phthisie bronchique de la phthisie pulmonaire.

Baillie (5) étudie avec soin et le tubercule granulation

(1) *Kortum. Commentarius de vitio scrofuloso. Lemgoviae, 1789-1790.*

(2) *Marx. Abh. von der Schwind und Lungensucht. Hannov. 1784.*

(3) *Hufeland. Ueber die Natur, Erkentnißmittel und Heilart der Scrofelnkrankheit. Iéna, 1793. Traduit par Bousquet, Paris, 1821.*

(4) *Portal. Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1792.*

(5) *Baillie. The morbid human Anatomy of some of the most important parts of the human body. London, 1793.*

isolée, et une matière blanchâtre (infiltration tuberculeuse de Laënnec). Il décrit l'évolution spéciale du tubercule qu'il assimile au travail de l'abcès (idée antique); la transparence initiale de la granulation lui a échappé.

Mais il saisit les rapports du tubercule et de la phthisie. L'infiltration scrofuleuse et le tubercule sont des effets de la scrofule : le tubercule est distinct anatomiquement des lésions scrofuleuses, c'est un produit spécial et non un ganglion scrofuleux.

Nous voyons se produire pour la première fois, en 1804, la négation de l'origine scrofuleuse des tubercules, qui sont pour Vetter (1) une lésion et une maladie à part.

La phthisie pulmonaire non scrofuleuse est franchement affirmée, comme elle le sera quelques années plus tard. C'est un des précurseurs de Laënnec.

Baumes (2) distingue la phthisie essentielle et la phthisie scrofuleuse, la première ayant une marche plus aiguë.

SECONDE ÉPOQUE

PREMIÈRE PHASE. — Ecole anatomo-pathologique moderne. Bayle fait l'analyse, et Laënnec la synthèse. Identification de la lésion et de la maladie. Fondation de la phthisie tuberculeuse. Influence de Laënnec. Tuberculose du poumon synonyme de phthisie pulmonaire. Lugol, Milcent, Bazin; Anglais et Allemands.

Bayle (3), dans plusieurs mémoires remarquables, étudie les tubercules dans tous les organes; leur dégénération possible crée la diathèse tuberculeuse. Quant à sa conception des causes, elle est beaucoup moins claire : « L'affection tuberculeuse, dit-il, est probable-

(1) Vetter. Aphorismen aus der pathologischen Anatomie. Wien., 1803. Salzburger Med. Chir. Zeitung, 1804.

(2) Baumes. Traité de la phthisie pulmonaire. Paris, 1805.

(3) Bayle. Recherches sur la phthisie pulmonaire. Paris, 1810.

ment de nature scrofuleuse. » Cette diathèse tuberculeuse est une maladie générale dont le tubercule est la lésion liée à la scrofuleuse. La granulation grise demi-transparente est séparée du tubercule. Bayle démontre qu'à côté de l'infiltration scrofuleuse de Baillie, de nature tuberculeuse, il existe un élément spécial, *la granulation* (phthisie granuleuse), dont le dénouement est fatal sans phénomènes de consommation.

Laënnec (1) réunit la phthisie tuberculeuse à la phthisie granuleuse de Bayle et fait de la phthisie tuberculeuse le synonyme de phthisie pulmonaire. Il maintient la diathèse tuberculeuse de Bayle et la dégénération du même auteur, mais l'infiltration scrofuleuse de Baillie devient l'infiltration grise ou jaune; le caractère caséux est le signe pathognomonique du tubercule. De plus, il supprime toutes les variétés établies par Bayle, sauf la variété tuberculeuse. La matière tuberculeuse comprend : 1^o des corps isolés ; 2^o des infiltrations ; 4 variétés de tubercules isolés : tubercules miliaires, crus, granulations tuberculeuses et tubercules enkystés. La granulation et le tubercule sont identiques; il y a unité anatomo-pathologique, puisque toutes les lésions granuleuses, nodulaires, aboutissent à la caséification; il y a aussi unité clinique et le rapport des lésions aux symptômes se révèle par l'auscultation : *la phthisie est une*.

Laënnec s'arrête peu aux rapports de la scrofule et de la phthisie; sans nier la scrofule, il semble admettre que la plupart des lésions qu'on lui rapporte sont de nature tuberculeuse.

(1) Laënnec. *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*. Edition de la Faculté de médecine. Paris, 1879.

L'omnipotente autorité de Laënnec est telle que sa doctrine devient un dogme universel et domine sans conteste la science médicale.

Louis (1) complète l'œuvre de Laënnec en étudiant le tubercule dans les autres organes ; il signale le tempérament lymphatique comme cause prédisposante à la phthisie. La même opinion se retrouve dans *Andral* (2) et *Grisolle* (3). Ce dernier « regarde la tuberculose « comme étant plutôt l'effet d'une diathèse spéciale que « l'exagération même de la diathèse scrofuleuse. »

Pour *Broussais* (4), « les tubercules ne sont pas une néoplasie, mais le produit de l'inflammation », et la scrofulose est le résultat d'une irritabilité des tissus à base gélatineuse ; elle n'a donc rien à faire avec la phthisie. Les deux affections sont distinctes, il y a dualité.

Cruveilhier (5) rapporte les tubercules aux inflammations tuberculeuses ou strumeuses : « La distinction « des tubercules et des scrofules me paraît tomber devant « ce grand fait, que la sécrétion de la matière dite tuber- « culeuse est le caractère anatomique le plus positif, et, « comme le disait Lugol, la signature anatomique de la « scrofule. » *Cruveilhier* est donc uniciste ; avec des motifs différents, il arrive à la même conclusion que *Grancher*, *Thaon* et les auteurs allemands *Cohnheim*, *Koch*.

Béclard (6), *Gendrin* (7), *Lobstein* (8), sont unicistes

(1) *Louis. Recherches anatomo-pathologiques sur la phthisie*, 1825.

(2) *Andral. Clinique médicale*, 3^e édition, t. IV, Paris, 1834.

(3) *Grisolle. Thèse de concours*. Paris, 1851.

(4) *Broussais. Histoire des phlegmasies*. 4^e édition, Bruxelles, 1828.

(5) *Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique*, t. IV. Paris, 1862 (1^{er} édit., 1829-42).

(6) *Béclard. Additions à l'anatomie générale de X. Bichat*. Paris, 1821.

(7) *Gendrin. Histoire anatomique des inflammations*. Paris et Montpellier, 1826, p. 588.

(8) *Lobstein. Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1829, t. I, p. 370, 391.

au point de vue de la scrofule et de la tuberculose.

Lugol (1) continue la réaction contre l'école anatomo-pathologique au nom de la clinique et de la nosologie : « le tubercule est la scrofule elle-même, son signe anatomique pathognomonique. Qu'un malade soit affecté de tubercules, n'importe leur siège : pour nous, il est scrofuleux. »

Monneret et Fleury (2) sont d'avis que les scrofules ne doivent pas être confondues avec les maladies tuberculeuses.

Milcent (3) est dualiste : il admet que la diathèse tuberculeuse et la scrofule sont des maladies distinctes, bien qu'elles aient un produit commun : le tubercule pulmonaire.

Boyer (4) sépare les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, en s'appuyant sur ce que la guérison se fait à la longue dans la première, tandis qu'elle est exceptionnelle dans la seconde.

Baumès (5) dit : « Les tubercules et les scrofules se développent souvent ensemble ; toutefois, la première de ces affections n'est pas seulement, comme on avait cherché à l'établir, une conséquence ou un mode de la seconde. »

(1) *Lugol. Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses.* Paris, 1844.

(2) *Monneret et Fleury. Compendium de médecine pratique.* Paris, 1846, p. 544.

(3) *Milcent. Scrofule.* 1846.

(4) *Boyer. Des diathèses en chirurgie. Thèse de concours,* 1847.

(5) *Baumès. Précis théorique et pratique sur les diathèses.* Paris, 1853, p. 102.

Bouchut (1) réunit les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse sous le nom commun de scrofulisme, en raison de leur communauté d'origine, de siège et de caractères.

Bazin (2) est dualiste et distingue une phthisie scrofuleuse et une phthisie tuberculeuse essentielle ; après avoir établi un parallèle entre la syphilis et la scrofule, il divise celle-ci en quatre périodes et, dans la période quaternaire, il range la scrofule viscérale et le tubercule scrofuleux.

Danjoy (3), *Dumoulin* (4), défendent les idées de *Bazin*.

Pour M. le professeur *Hardy* (5), les maladies scrofuleuses et les maladies tuberculeuses ne sont pas de même nature.

Castan (6) dit que la scrofule et la tuberculose sont des diathèses distinctes.

Pidoux (7) est dualiste : la diathèse scrofuleuse est une maladie qui commence, et la phthisie une maladie qui finit.

En Angleterre, on prend pour point de départ que l'état caséux est tuberculeux (*Laennec*) ; il en résulte l'identification de la scrofule et de la tuberculose. Cette

(1) *Bouchut. Nouveaux éléments de pathologie générale.* Paris, 1875, p. 216.

(2) *Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule.* Paris, 1861.

(3) *Danjoy. Phthisie et scrofule.* Thèse de Paris, 1862.

(4) *Dumoulin. Conditions pathogéniques de la phthisie,* 1865.

(5) *Hardy. Leçons sur la scrofule et les scrofulides,* rédigées par J. Lefevre. Paris, 1864, p. 33.

(6) *Castan. Traité élémentaire des diathèses.* Montpellier, 1867, p. 89.

(7) *Pidoux. Traité de la phthisie pulmonaire.* Paris, 1872.

opinion a été développée par *Alison* (1), *Glover* (2), *John Simon* (3), *Craigie* (4) et *Copland* (5).

Pour *Graves* (6), toutes les formes de la phthisie se rapportent à la constitution scrofuleuse, qui peut déterminer, tantôt l'*inflammation*, tantôt le *tubercule* scrofuleux. Dualiste au point de vue anatomique, *Graves* est uniciste au point de vue diathésique.

En Allemagne, *Autenrieth* (9) et *Schönlein* (8) se déclarent contre la doctrine de l'unicité, et séparent la scrofule de la tuberculose.

Meckel (9) et *Otto* (10) acceptent l'identité.

DEUXIÈME PHASE. — Début des recherches microscopiques. Lebert admet comme critérium les corpuscules tuberculeux. Reinhardt, Virchow, Niemeyer, Rindfleisch, Hérard et Cornil.

Imbu de l'idée de Laënnec que le tubercule est un

(1) *Alison*. In transactions of med. and chirurg. Society of Edinburgh, vol. I, p. 365 ; vol. III, p. 273, 1824.

(2) *Glover*. On the pathology and treatment of scrofula ; being the fothergillian prize Essay for 1846. London, 1846.

(3) *John Simon*. General pathology. London, 1850.

(4) *Craigie*. Elements of general and path. anatomy. Edinburg, 1848.

(5) *Copland's Dictionary of practical medicine*, vol. III, p. 730. London, 1858.

(6) *Graves*. Clinical Lectures. Dublin, 1845. Traduction et annotations de Jaccoud. Paris, 1862.

(7) *Autenrieth*. Specielle Nosologie und Therapie, nach dem Systeme eines berühmten deutschen Arztes und Professors, herausgegeben von Dr. Reinhardt. Würzbourg, 1834.

(8) *Schönlein*. Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie. Nach dessen Vorlesungen niedergeschrieben und herausgegeben von einigen seiner Zuhörer, 1837 (citations de Virchow).

(9) *Meckel*. Handbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig, 1812, 1818.

(10) *Otto*. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Berlin, 1830.

produit spécifique, *Lebert*(1) regarde les masses caséuses comme le type de la lésion tuberculeuse ; dans ce caséum il découvre les fameux corpuscules tuberculeux, petits éléments irréguliers de 6 μ à 12 μ , angulaires, et il les considère comme spécifiques, bien que ce ne soit autre chose que des cellules dégénérées.

Les altérations qui ne se caséifient pas restaient alors seules sous la dépendance de la scrofule. Toutefois, ce n'est point, comme on le répète à tort, son seul critérium ; pour séparer la scrofule de la tuberculose, il s'appuie sur la clinique et sur l'anatomie pathologique à l'œil nu. Il admet : 1^o une maladie tuberculeuse essentielle ; 2^o une maladie scrofuleuse essentielle ; 3^o une fréquente coïncidence des deux affections. *Lebert* est donc dualiste.

Reinhardt(2), après *Broussais*, *Andral* et *Cruveilhier*, apprécie surtout le processus tuberculeux, qui serait d'ordre hyperémique, allant jusqu'à l'inflammation, avec multiplication de cellules, et subissant tantôt une métamorphose régressive (tubercules jaunes), tantôt une organisation progressive (hypertrophies, tubercules gris demi-cartilagineux), mais tous ces produits rentrent dans le cadre de la tuberculose qui est une maladie générale.

N'est-ce pas là l'opinion adoptée depuis par des auteurs contemporains ?

En 1847, *Virchow*(3) ruine la spécificité du corpuscule

(1) *Lebert*. De l'analogie et de la différence entre les scrofules et les tubercules, 1845.— *Traité clinique et pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849.

(2) *Reinhardt*. *Charité Annalen Krankenhauses Zu Berlin*, 1850. *Ueber die Uebereinstimmung der Tuberkulablagerungen mit den Entzündungsprodukten*.

(3) *Virchow*. *Dessen Archiv*, I, 1847. — *Die Tuberkulose in ihrer Beziehung zur Entzündung, Scrofulose und Typhus* (Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg, 1850. Eodem loco, 1851. Quinquaud.

tuberculeux en le montrant dans des infarctus artificiels. L'année suivante, il donne la description histologique, qui reste classique, du *tubercule granulation*, nodule conjonctif, description qui a servi de base aux recherches modernes : c'est une accumulation de cellules et de noyaux qui subissent rapidement une métamorphose graisseuse débutant par le centre. Sa forme et sa structure : voilà le critérium du tubercule, qui est le signe anatomique de la tuberculose, la caséification est détrônée.

Pour Virchow, le produit caséux reste toujours la matière scrofuleuse comme on le pensait avant Bayle ; mais, au lieu de *préexister* dans le sang, c'est un état *secondaire* ; l'état primitif est la prolifération (inflammation) qui aboutit à la destruction. Il y a donc une *phthisie tuberculeuse*, non strumeuse, ayant pour marque anatomique le tubercule, et une *phthisie scrofuleuse*, dont la signature est la pneumonie caséuse ; donc il existe une scrofuleuse et une tuberculose. Mais Virchow convient de leur grande affinité, de leur coïncidence et de leur succession fréquente ; avec ces réserves, il est dualiste.

Colberg (1) est de son avis.

Rindfleisch (2) écrit : « le plus grand danger de la scrofule est qu'il s'y adjoigne la tuberculose. » Le tuberculeux

Ueber die Verschiedenheit der Phthise und Tuberkulose. (Eodem loco, 1851.) Handbuch der spec. Pathologie und Therapie, I. Erlangen, 1854. Wiener Med. und Wochenschrift, 1856. Cellular Pathologie. Berlin, 1858.

(1) *Colberg*. Zur pathologische Anatomie der Lungen, in Archiv. für Klin. med. II.

(2) *Rindfleisch*. In Ziemssen, Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie Chronische und acute Tuberculose. Allgemeines über Scrofuleose, p. 151, 1874, et Deutsch Arch. für elem. med. clin., 1874.

est ordinairement scrofuleux, bien que la scrofule puisse exister sans tubercules. La tuberculose est dominée par la scrofulose.

Buhl (1) partage cette manière de voir.

Niemeyer (2) enseigne que la phthisie vraie est la conséquence d'une pneumonie chronique, destructive avec transformation caséuse et fonte des tissus, plutôt que de la formation et de la fonte d'un néoplasme ; la phthisie tuberculeuse, d'autre part, a pour lésion le tubercule de Virchow et le gros tubercule aggloméré. Donc « malheur aux phthisiques qui deviennent tuberculeux. »

Quels sont les rapports de la scrofule et de la tuberculose ? Le scrofuleux ne devient tuberculeux que par la faiblesse de sa constitution.

Aufrecht (3) va plus loin : tout ce qui est tubercule doit être rapporté à la broncho-pneumonie.

Toutefois, en 1867 (Académie de médecine), *Chauffard, Pidoux, Briquet* protestent.

MM. *Hérard et Cornil* (4) admettent comme altérations de la phthisie pulmonaire ; 1^o la granulation tuberculeuse ; 2^o les pneumonies tuberculeuses, dont les lésions diffèrent de celles de la scrofule.

La scrofule doit être séparée de la tuberculose au double point de vue clinique et anatomique.

M. le Professeur *Jaccoud* (5) enseigne que la scrofule et

(1) *Buhl. Zeitschrift für rat. Medicina*, 1857.

(2) *Niemeyer. Éléments de pathologie interne*. Trad. revue et annotée par *Cornil*. Paris, 1869. — *Klinische Vorträge über die Lungenschwindsucht*. Tubingen, 1867.

(3) *Aufrecht. Die Kästige Bronchopneumonie (Lungenschwindsucht)*. Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 1871.

(4) *Hérard et Cornil. De la phthisie pulmonaire*. Paris, 1867, p. 29 et 612.

(5) *Jaccoud. Traité de pathologie interne*, t. II, Paris, 1871.

la tuberculose sont distinctes, mais qu'elles sont unies par des rapports indéniables.

Le *Professeur Tessier*, de Lyon (communic. écrite), dit : « Les deux diathèses restent distinctes, car elles « n'ont ni la même symptomatologie, ni les mêmes « causes. »

TROISIÈME PHASE. — Rétablissement de l'unité de la phthisie. Attaque contre la doctrine de Virchow. Cornil et Ranvier. Grancher et Thaon.

C'est du tissu conjonctif que Virchow fait dériver la granulation tuberculeuse. Cornil et Ranvier (1), Colberg, Rindfleisch (2) reconnaissent qu'elle peut naître des cellules épithéliales de la glande thyroïde, des alvéoles pulmonaires et des séreuses. Dans le cas où la granulation siège autour d'un vaisseau, l'endartère s'enflamme et produit de vraies cellules géantes à noyaux multiples (Cornil) (3).

Or, dans la pneumonie caséeuse, ce sont également les cellules épithéliales qui entrent en activité. Nous sommes ainsi en présence du même processus dans la pneumonie caséeuse et dans la granulation tuberculeuse, et il y a identité au point de vue embryogénique.

Les importants travaux de *Grancher* (4) vont achever

(1) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, 1^{re} partie, 1869, p. 205.

(2) Rindfleisch. *Histologie pathologique*, 1873.

(3) Cornil. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, t. XVI, 1880 p. 213.

(4) Grancher. *Arch. de physiologie*, 1872.

Id. *Thèse de doctorat. De l'unité de la phthisie*, 1872.

Id. *Arch. de physiologie*, 1878. *Tuberculose pulmonaire*.

de détruire la distinction du processus pneumonique et du processus tuberculeux. Notre collègue démontre la même *origine* épithéliale dans l'un et dans l'autre, le *siege* est le même. L'infiltration tuberculeuse de Laënnec correspond à la pneumonie caséeuse et non pas au *tubercule infiltré*, dont la structure est la même que celle de la granulation tuberculeuse. Avant Grancher, l'infiltration tuberculeuse était considérée comme une simple réaction inflammatoire.

M. Thaon (1) ne proclame pas l'identité de structure de la granulation grise et de l'inflammation caséeuse; celle-ci est pour lui la manifestation de la tuberculose, au même titre que la granulation: c'est l'unité diathésique qu'il défend.

M. Grancher (2), en étudiant le développement du tubercule granuleux et du tubercule pneumonique, a mis la main sur le tubercule embryonnaire qui se rencontre ordinairement dans les produits dits scrofuleux; aussi l'a-t-il nommé *scrofulome*. C'est le générateur du tubercule, comme la scrofule l'est de la tuberculose; il y a ainsi équivalence de termes, en histologie et en clinique. L'auteur professe une unité de nature au point de vue anatomique, et un dualisme de forme au point de vue clinique. « Les nécessités de la pratique médicale, « qu'il faut après tout compter en première ligne, ne « permettant pas de confondre toutes les affections tu- « berculeuses, il convient de conserver le mot scrofule « pour désigner les affections tuberculeuses les plus « légères, ordinairement curables » (3).

(1) Thaon. Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose. Paris, 1873. Thèse de doctorat.

(2) Grancher. Art. Scrofule. Dict. encyclop. et Gaz. médicale, 1880.

(3) Société médicale des hôpitaux, 1881.

Pour M. Thaon (1), le ganglion scrofuleux est tuberculeux ; or l'écrouelle ganglionnaire est le signe de la scrofule, donc le tubercule est de nature scrofuleuse. C'était l'opinion de Lugol.

D'après Wilson Fox (2), c'est l'idée régnante en Angleterre en 1873, que la matière caséeuse et la granulation sont tuberculeuses au même titre. La scrofule engendre la tuberculose.

A cette même époque en Allemagne, on admet généralement l'opinion de Virchow.

Les travaux de Grancher et de Thaon ont eu pour conséquence première et immédiate la soustraction de la phthisie caséeuse à la scrofule. Bientôt on va tenter d'enlever à la strume bien d'autres états morbides.

QUATRIÈME PHASE. — Follicule tuberculeux et inoculation. — Révolution actuelle.

Les histologistes, en prenant pour point de départ le tubercule primitif (Schüppel, Friedländer, Köster, Grancher, Malassez, Charcot, Brissaud); les expérimentateurs, en inoculant le tubercule (Villemin, Colin, Hérard et Cornil, Roustan, Parrot, Chauveau, Lebert, Ley, Bollinger, Waldenburg, Gerlach, John Simon, Clark, Wilson Fox, Klebs, Tappeiner, Conheim et Salomosen, Schüller, Kiener, H. Martin, Colas, Toussaint, Koch, Dieulafoy et Krishaber, ont ouvert, au point de vue des rapports de la scrofule et de la tuberculose, une voie nouvelle déjà féconde en résultats.

De nombreuses recherches histologiques viennent

(1) Thaon. *La tuberculose dans ses rapports avec la scrofule*. Progrès médical, 1878, p. 21.

(2) Wilson Fox. *Pathological Society*. London, 1873.

d'abord favoriser l'identification de la scrofule et de la tuberculose.

Après les travaux de *Schüppel* (1), on proclame que les produits scrofuleux sont identiques aux produits tuberculeux, puisque les premiers renferment la cellule géante.

Friedländer (2) soutient que les *scrofulides fixes* primitives, les lupus, les gommes scrofuleuses, les foyers articulaires, les adénopathies, sont des *tuberculoses locales*, puisqu'on y trouve le follicule tuberculeux.

Pour M. *Grancher* (3), le tubercule est une néoplasie fibro-caséeuse qui se développe par stades successifs, susceptibles de s'arrêter aux premières étapes ; au stade d'infiltration nodulaire on est en présence du tubercule imparfait, naissant, c'est le scrofulome, produit propre à la scrofule, produit d'espèce tuberculeuse, mais bénigne, locale et curable.

Comme ce tubercule imparfait se rencontre ordinairement dans un grand nombre d'affections dites scrofuleuses, la logique veut que ces dernières rentrent dans la tuberculose.

M. *Brissaud* (4), défend avec une grande vigueur d'argumentation, la doctrine des tuberculoses locales : « ce qui résulte de la connaissance plus approfondie des tuberculoses locales, c'est que la diathèse scrofuleuse吸orbe à son profit la prétendue diathèse tuberculeuse. »

Grancher et *Brissaud* conviennent à peu près des

(1) *Schüppel*, Arch. der Heilkunde, 1872.

(2) *Friedländer*, Sammlung klinischer Vorträge, 1871.

(3) *Grancher*, Société médicale des hôpitaux, 1881; et Art. *Scrofule*, Dict. encycl. des sc. méd.

(4) *Brissaud*, Etude sur les tuberculoses locales. In Arch. gén. de méd. 1880, p. 287.

mêmes faits, mais l'interprétation et la conclusion sont différentes.

L'expérimentation elle-même prouve qu'un certain nombre de produits scrofuleux sont tuberculeux.

Dès 1865, *Villemin* (1), le promoteur de l'inoculabilité et de la spécificité de la tuberculose, fait voir que, parmi les ganglions caséux, les uns sont inoculables, et par conséquent tuberculeux, tandis que les autres ne sont pas inoculables, et partant non tuberculeux.

Conheim et Salomosen (2) déduisent de leurs expériences sur l'inoculation des matières scrofuleuses, que la pneumonie caséuse, l'adénopathie caséuse, les arthropathies fongueuses doivent être comprises dans la tuberculose.

Schüller (3) voit naître des arthropathies tuberculeuses après l'inoculation de ganglions caséux.

MM. *Kiener et Poulet* (4) ont toujours rencontré la généralisation de la tuberculose après l'inoculation de matières scrofuleuses.

Colas (5) est arrivé au même résultat.

M. *H. Martin* (6) produit la tuberculose généralisée en inoculant, en série, des produits dits scrofuleux.

Tel était l'état de la question lorsqu'une importante discussion s'engagea à la Société médicale des hôpitaux (7).

M. *Féréol* est d'avis que les tuberculoses locales ren-

(1) *Villemin*. Bulletin Académie de médecine, 5 décembre 1865.

(2) *Conhéim et Salomosen*. La tuberculose in Progrès méd. 1882.

(3) *Schüller*. Centralblatt, 1879.

(4) *Kiener et Poulet*. Société médicale des hôpitaux, 11 février 1881.

(5) *Colas*. De la nature des adénites externes dites scrofuleuses. Thèse de Lille, 1881.

(6) *H. Martin*. Revue de médecine, 1882, p. 289.

(7) Discussion à la Société médicale des hôpitaux sur la tuberculose et la scrofule. Union médicale, 1880-1881.

trent, pour la plupart, dans le domaine de la scrofule; le tubercule est la caractéristique de la scrofule.

Pour M. *Cornil*, la tuberculose locale est de la vraie tuberculose et non de la scrofule. Certaines arthrites fongueuses, certaines caries ne doivent pas être rangées dans la tuberculose; l'histologie seule ne permet pas de définir une maladie.

Il n'est peut-être pas aisé, fait observer M. *Damascino*, de tracer une délimitation des frontières histologiques de la scrofule et de la tuberculose; mais la clinique établit nettement l'existence des deux diathèses.

M. *Edouard Labbé* admet que la tuberculose peut terminer presque toutes les maladies scrofuleuses, mais qu'elle ne peut jamais engendrer la scrofule.

Pour M. *Rendu*, la scrofule est une véritable diathèse; la tuberculose, au contraire, présente les allures des maladies parasitaires: la scrofule est le terrain, le tubercule est le germe.

D'après M. *Ducastel*, il y a identité à peu près complète des lésions dans la scrofule et dans la tuberculose; en ce qui concerne les manifestations cliniques, les différences sont légères; la moindre gravité du processus dans la scrofule tient probablement à l'influence de l'âge, à la moindre importance des organes atteints, à la transformation et à la réparation plus facile d'un organisme en voie d'évolution.

M. *Kiener* tend à restreindre le champ de la scrofule, au profit de la tuberculose: un certain nombre d'affections dites scrofuleuses sont tuberculeuses.

Pour M. *Villemin*, la scrofule ne constitue pas une espèce morbide, il n'y a que des maladies scrofuleuses; elles empruntent certains caractères au *scrofulisme*, le

scrofulisme n'étant que la traduction morbide du tempérément lymphatique.

Pour M. Vidal, la tuberculose n'est pas contestée comme maladie; mais il ne faut pas oublier qu'il existe encore des lésions liées à la scrofule.

Malgré toutes les divergences d'opinion, personne n'ose confondre *d'une manière absolue* la scrofule et la tuberculose.

M. Merklen (1), dans une revue générale, incline à déclarer, avec Grancher, que la scrofule doit être considérée anatomiquement et cliniquement comme le premier âge de la tuberculose.

M. Solles (2) n'admet pas l'identité de la scrofule et de la tuberculose.

Dans un bon travail sur la scrofule et la tuberculose, M. Bouveret (3) fait observer que les données de la pathologie générale s'accordent avec les enseignements de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation pour faire prévoir l'annexion prochaine de la scrofule à la tuberculose.

M. Grasset (4) classe la scrofule et la tuberculose parmi les grandes espèces morbides diathétiques; elles ne se transforment pas ordinairement l'une dans l'autre.

Cette étude historique nous fait voir que la grande et importante question des liaisons entre la scrofule, la phthisie pulmonaire et la tuberculose est dominée par la façon dont on envisage la matière tuberculeuse: tel est le pivot autour duquel toute la question gravite. La

(1) Merklen. Annales de dermatologie, 1880, p. 717.

(2) Solles. Journal de médecine de Bordeaux, 1880, p. 303.

(3) Bouveret. Lyon médical, 1882.

(4) Grasset. Dictionnaire encycl., article Diathèse (en voie de publication).

coïncidence fréquente des deux maladies, les conceptions différentes des diathèses ne viennent jouer qu'un rôle secondaire.

Pour Sylvius Deleboë et Morton, la tuberculose pulmonaire est de nature scrofuleuse; le fait n'est pas certain pour Bayle, et Laënnec ne lui accorde pas grande créance.

Néanmoins, l'idée traditionnelle de Sylvius n'est pas abandonnée; Lugol, Milcent, Bazin, la remettent en honneur. Le microscope de Lebert et de Virchow la consacre.

Mais actuellement, grâce à l'étude du tubercule élémentaire de Friedländer et de Köster, du tubercule embryonnaire de Malassez, du follicule tuberculeux de Charcot, grâce surtout à la transmissibilité expérimentale de la tuberculose, il y a tendance à identifier la scrofuleuse et la tuberculose; les uns font l'identification au profit de la scrofule, les autres à l'avantage de la tuberculose, qui absorberait les principales manifestations scrofuleuses.

Afin d'apprécier ces opinions diverses à leur juste valeur, il est indispensable d'examiner scrupuleusement la valeur des critériums employés pour la détermination de la matière tuberculeuse; c'est là une grande partie du problème.

Il existe deux critériums fondamentaux: l'un est la coloration par la sanguine, l'autre est la coloration par la matrice. Ces deux critériums sont étroitement liés, mais il existe des exceptions à cette règle. La coloration par la sanguine est la plus importante, mais il existe des cas où la coloration par la matrice est plus forte. La coloration par la sanguine est due à l'absorption de la matrice par la sanguine, et la coloration par la matrice est due à l'absorption de la sanguine par la matrice.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DE LA MATIÈRE TUBÉRCEUSE

Le principe fondamental de ce diagnostic repose sur l'association des critères anatomo-pathologique, microbique expérimental et surtout clinique.

§ 1. Critère anatomo-pathologique.

Supposons qu'à l'autopsie d'un sujet on ait rencontré des lésions offrant des apparences tuberculeuses, comment doit-on procéder pour en reconnaître la nature ? Les caractères distinctifs sont fournis par l'examen à l'œil nu, par l'histologie, par la coexistence de lésions de différents âges, enfin, par l'inoculation de la substance à des animaux bien portants.

a. Examen à l'œil nu. *Tubercule, granulation tuberculeuse.* — Lorsque nous rencontrons un tubercule isolé dans un organe, nous déclarons qu'il y a tuberculisation de l'organe, et *telle est l'importance de ces éléments, que leur présence nous fait affirmer la tuberculose.* Le tubercule est une petite nodosité dure, sphérique ou sphéroïdale, ayant de 1/15 de millimètre à 3 millimètres, faisant toujours saillie à la surface de la section ; elle est diaphane quand elle est récente ; plus tard, son centre devient opaque et jaunâtre, elle est entourée d'une zone rouge d'hyperhémie. Sur une coupe, le tissu est dense, serré, privé de suc.

Souvent les tubercules sont confluentes ; par leur réunion, ils constituent alors des masses caséuses, rapportées à tort à la scrofule. En examinant avec soin

la périphérie de la lésion, on reconnaît qu'elle est polycyclique dans le cas de la tuberculose, tandis que sa circonférence est régulière s'il s'agit d'une phlegmasie simple ; en outre, la substance caséeuse est fréquemment entourée de granulations tuberculeuses disséminées qui témoignent de la nature de l'altération.

Parfois enfin les granulations sont dispersées au sein d'un tissu embryonnaire phlegmasique, par exemple au milieu des fausses membranes des séreuses, et il n'est pas alors toujours possible de les reconnaître à l'œil nu.

Malgré ces caractères si précis, le tubercule peut être confondu avec des nodules inflammatoires, carcinomateux, fibreux, sarcomateux et autres. Souvent cependant, ces divers nodules présentent moins de régularité que le tubercule et *n'en ont pas l'évolution* décrite à l'Avant-Propos ; enfin le microscope vient en aide au diagnostic fait à l'œil nu.

b. Examen au microscope. — S'il s'agit d'une granulation tuberculeuse, on discerne une zone centrale à détritus granuleux et une zone périphérique formée de cellules embryonnaires pressées les unes contre les autres et répandues assez loin au milieu du tissu ambiant. Les vaisseaux du centre ne sont pas perméables au sang (Cornil et Ranyier) ; l'absence de vaisseaux à l'intérieur des granulations est un caractère assez spécial ; à la partie centrale des granulations ou à leur périphérie, on aperçoit des cellules géantes à plusieurs noyaux.

L'examen d'une coupe est nécessaire pour reconnaître si une masse caséeuse est tuberculeuse ; on constate alors des *nodules* multiples qui sont l'indice de granulations tuberculeuses.

Ici intervient l'embryogénie du tubercule. Grancher l'exprime nettement : à côté de la granulation tuberculeuse adulte, apparaissent de *jeunes nodules* microscopiques et des amas irréguliers de tissu cellulo-embryonnaire, ayant la même structure et la même destinée que le tubercule.

Le tubercule miliaire et la granulation grise sont reconnaissables à l'agglomération de tubercules élémentaires, au nombre de 40 à 50 pour une granulation du volume d'une graine de pavot. Chaque tubercule primitif est formé à son centre par une cellule géante offrant une zone centrale caséeuse et une zone périphérique embryonnaire ; le siège de la granulation grise est indifférent ou périvasculaire, tandis que le tubercule miliaire serait surtout péribronchique. Le tubercule miliaire peut présenter toutes les variétés possibles ; il peut exister avec ou sans cellules géantes et n'être constitué que par des cellules embryonnaires. Parfois la granulation a une tendance à l'organisation fibreuse, le tubercule miliaire conduit souvent à la destruction.

La nature tuberculeuse de la matière caséeuse, précédée ou non de dégénérescence vitreuse, se reconnaîtra aux nodules agglomérés. C'est surtout la zone périphérique qu'il importe d'examiner : là, au sein de la zone embryonnaire de Grancher, on trouve des nodules à cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes.

On pourrait confondre le tubercule avec la gomme syphilitique. Dans le syphilome, les vaisseaux sont vides et imperméables ; dans le tubercule, les gommes anciennes ont leurs vaisseaux oblitérés, mais une zone fibreuse épaisse les entoure et confond leur tissu avec celui des organes où ils siègent. Les tubercules confluents sont isolés des tissus ambients enflammés.

Dans la morve, les petits foyers sont semblables à ceux de l'infection purulente.

c. Le diagnostic de granulation tuberculeuse étant établi, on rencontre souvent autour d'elle ou à côté d'elle des lésions secondaires qui en dépendent : telles sont des suppurations des divers organes; telles sont, dans les os, des ostéites condensantes ou raréfiantes, des hyperostoses, des nécroses, la carie torpide des Allemands. Leur transformation caséuse est alors la règle, la transformation fibreuse est assez fréquente; plus tard on constate la transformation calcaire.

d. Coexistence d'états divers. — Quand on voit dans un même organe la granulation miliaire demi-transparente, le tubercule jaune au centre, les tubercules jaunes confluents, l'infiltration grise de Laënnec, accompagnant des lésions phlegmasiques dont l'aspect varie avec la nature du tissu ambiant, il est souvent encore facile de diagnostiquer la tuberculisation. Il est encore un autre signe, sur lequel nous insistons depuis long-temps auprès des élèves qui suivent nos leçons, c'est la présence de granulations tuberculeuses sur le trajet des lymphatiques ou des fines veinules qui partent du foyer tuberculeux, qu'il s'agisse d'un abcès froid, d'un foyer osseux ou de l'ulcération d'une muqueuse.

e. Lorsqu'on trouve dans un tissu les cellules géantes et le follicule tuberculeux, peut-on affirmer l'existence d'une lésion tuberculeuse ?

Færster (1), en 1865, rencontra les *Riesenzellen* dans les ganglions.

(1) Færster. *Handbuch der path. Anat.*, 1865, p. 2. Note 1 (2).

Langhans (1) décrivit la cellule géante dans les séreuses enflammées.

Virchow (pathologie des tumeurs) a trouvé cet élément dans diverses variétés de sarcome.

Malassez (2) a constaté le même élément dans un cas d'épithélioma du poumon : les cavités kystiques sont revêtues d'une ou de plusieurs couches de cellules épithéliales, quelques-unes ont des dimensions considérables et plusieurs noyaux. En 1881, le même auteur a vu des cellules géantes dans le sarcocèle syphilitique.

Köster (3) les a retrouvées dans le chancre syphilitique.

Baumgarten (4) a vu le follicule et les cellules dans les ulcères chroniques et les gommes syphilitiques.

M. le professeur *Cornil* (5) déclare expressément que le tissu des bourgeons charnus présente des cellules géantes qui n'ont rien de caractéristique. « On les retrouve non seulement dans les lésions serofuleuses, mais dans les bourgeons des plaies et des ulcères chroniques (plaies variqueuses des jambes, plaies bourgeonnantes des cautères, fistules cutanées, suite de nécrose), dans les gommes cutanées en suppuration, dans toute inflammation chronique du tissu conjonctif. » Le follicule tuberculeux n'a pas de valeur positive absolue. Les sarcomes nous offrent des cellules géantes.

M. *Laulanié* (6), en étudiant la pseudo-granulie des chiens, déterminée par les œufs du *strongylus vasorum* (Baillet), a pu faire voir l'origine intra-vasculaire des *Piesenzellen* et des follicules tuberculeux.

(1) *Langhans. Virchow's Arch.*, t. XIII.

(2) *Malassez. Arch. de physiologie*, 1876, p. 353.

(3) *Köster. Ueber locale Tuberculose. Centralblatt*, 1877.

(4) *Baumgarten. Centralblatt*, 1878, n° 13.

(5) *Cornil. Société médicale des hôpitaux*, 1880.

(6) *Laulanié. Société de biologie*, 1882.

Il résulte de ces citations, que le follicule et la cellule géante se rencontrent dans des tissus pathologiques divers; en conséquence, ces deux éléments ne peuvent renseigner d'une façon certaine sur la nature du tissu qui les renferme. Achevons la démonstration de cette proposition.

Brodowski (1) découvre les cellules géantes dans les tissus normaux en voie de développement.

Ziegler (2) produit à volonté des cellules géantes en introduisant des corps étrangers, des lamelles de verre, sous la peau d'animaux vivants.

Baumgarten (3), en plaçant des corps étrangers dans le tissu cellulaire, a vu se produire des cellules géantes, qui formaient de petits noyaux semblables à des tubercules miliaires.

H. Martin (4) détermine la formation de cellules géantes dans les pseudo-tubercules des séreuses et du poumon, en injectant dans les vaisseaux des corps étrangers; il y retrouve histologiquement toute la structure du follicule.

Talma (2) produit des granulations tuberculeuses types avec cellules géantes, en mettant de la moelle de sureau sous la peau des chiens. La guérison a lieu dans l'espace de quelques jours.

(1) *Brodowski*. *Virchow's Archiv*. LXIII, 1875.

(2) *Ziegler*. *Experimentale Untersuchungen ueber die Herkunft der Tuberkellemente, mit besonderer Berücksichtigung der Histogenese der Riesenzellen*. Würzburg, 1875.

(3) *Baumgarten*. *Loco pitato*.

(4) *H. Martin*. *Thèse de doctorat*. Paris, 1879, et *Archives de physiologie* (janvier et février 1880): *Tuberculose des séreuses et du poumon. Pseudo-tuberculose expérimentale*.

(5) *Talma*. *Studienüber Lungenschwindsucht*. Utrecht, 1879.

Néanmoins *Schüppel* (1) déclare que la cellule géante est la caractéristique du tubercule, et que le tubercule peut être défini histologiquement *une cellule géante*.

Weigert (2) renchérit encore et admet que les cellules géantes de *Langhans* sont l'élément spécifique du tubercule, qu'elles sont reconnaissables à leur forme plus ou moins arrondie, à leur protoplasma uniformément granuleux et surtout à leur couronne de noyaux.

D'une part, on reproduit ainsi artificiellement la cellule géante et le follicule; on peut, d'autre part, les rencontrer dans des lésions de nature différente. La déduction qui s'impose est la suivante : le follicule et la cellule géante appartiennent bien au tubercule diathétique, mais, à *eux seuls*, ils ne sauraient faire reconnaître si un produit est tuberculeux ou non.

Prenons un exemple : au point de vue histologique, il y a ressemblance entre la gomme syphilitique et le tubercule; dans les deux on trouve de jeunes cellules géantes entourées d'une zone embryonnaire. Dirons-nous dans les deux cas qu'il s'agit d'un produit tuberculeux? On en viendrait alors à confondre la syphilis et la tuberculose au profit de cette dernière.

Nous conclurons donc que, pour affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion, il faut avoir rencontré à l'œil nu le vrai tubercule avec toutes ses propriétés anatomiques et physiologiques. Il est indispensable, en outre, d'avoir reconnu les nodules élémentaires avec les cellules géantes et la zone embryonnaire; de plus, les autres produits adjacents devront présenter l'évolution si remarquable des produits tuberculeux. Les granulations tuberculeuses, en effet, déterminent autour

(1) *Schüppel. Archives d. Heilkunde*, 1872.

(2) *Weigert. Virchow's Arch.*, 1879.

d'elles des phlegmasies qui ont une grande tendance à évoluer dans le sens de la nécrose par coagulation à forme caséuse de Weigert et Cohnheim ou à se terminer par l'état fibreux; les nodules et les inflammations avec nécrose peuvent très bien s'expliquer par les propriétés du virus.

Lorsque toutes ces conditions seront réunies, on pourra estimer que la lésion est probablement tuberculeuse, mais ni la caséification avec masses sans noyaux, ni les nodules avec cellules géantes ne sont caractéristiques de la tuberculose; ce qui caractérise exclusivement la tuberculose, c'est, ou la caséification d'origine spécifique, ou le nodule de même origine (Cohnheim). Pour reconnaître la spécificité, il faudra s'adresser au critérium microbique et expérimental.

§ 2. — *Criterium microbique. — Nouveau procédé pour reconnaître la nature tuberculeuse d'une lésion.*

Microbes de la tuberculose. — Monadine de Klebs. — Micrococcus de Schüller. — Monas tuberculorum de Tous-saint. — Bacilles de Salisbury et Cutter, de Koch. — Il est possible que d'ici peu de temps la science possède une nouvelle méthode anatomo-pathologique pour diagnostiquer la matière tuberculeuse dans les produits sero-fleuves.

Klebs (1) et *Max Schüller* (2) signalent un microbe ou monadine dans les cellules des crachats de phthisiques.

Coloration des bactéries par le violet de méthyle (3). — Introduit en histologie par Cornil comme réactif de la substance amyloïde, le

(1) Klebs. Handbuch der pathologischen Anatomie.

(2) Schüller. Centralblatt für Chirurg., 1880.

(3) Gaz. med. de Paris 1881, p. 758. — Weigert. Archiv. Virchow t. 84 p. 275. — Soubbotine. Arch. de Physiologie 1881 p. 477.

violet de méthyle a été appliqué par Weigert, puis par Koch, à la coloration des bactéries. Voilà le procédé que recommande M. Malassez.

Les tissus étant durcis dans l'alcool absolu, ce qu'on peut obtenir en quelques heures en opérant sur des petits fragments, on en fait des coupes fines qui sont plongées quelques instants dans l'eau distillée et filtrée. On les place alors dans une solution aqueuse au millième de violet de méthyle, dit 5 B, ou de violet de gentiane (Weigert), où elles séjournent 12 ou 24 heures dans le premier cas, quelques heures seulement dans le second ; elles prennent une teinte bleu foncé. Elles sont lavées à l'eau distillée, plongées pendant un quart d'heure dans une solution de carbonate de soude à 2 p. 100, dans le but de décolorer les noyaux, lavées de nouveau à l'eau distillée, déshydratées dans l'alcool ordinaire, puis dans l'alcool absolu, éclaircies dans l'essence de girofle qui achève de mettre la coloration « au point », enfin examinées dans le baume du Canada. Les bactéries doivent être d'un bleu intense sur un fond simplement bleuté.

Le liquide à examiner, s'il s'agit de liquides, est placé sur le porte-objet et desséché rapidement ; la pellicule qui en résulte est fixée au moyen de l'alcool absolu, et traitée comme une coupe ordinaire : solution de violet dans la chambre humide, eau — carbonate de soude, — eau — alcool absolu — essence de girofle baume du Canada. Ces manipulations doivent être rapidement, en raison de la minceur de la pellicule.

M. Malassez fait remarquer avec Weigert que la coloration par le violet de méthyle ne constitue nullement un caractère pathognomonique des bactéries.

Eklund (1) a rencontré dans les crachats des phthisiques des cellules renfermant des micrococcus, des bactéries spécifiques que l'on ne retrouve pas à l'état normal.

Mais les recherches les plus importantes ont été faites par Toussaint, Koch et Ehrlich.

Toussaint (2) a cultivé, dans du bouillon de lapin, un

(1) Eklund. (Gaz. hebdom., 1881, p. 183.)

(2) Toussaint. C. R. Acad. sciences, 16 août 1881.

microbe provenant de ganglions caséux ; le liquide de culture inoculé produisit une adénopathie ganglionnaire et le suc de celle-ci fut injecté à un lapin qui devint tuberculeux. *Procédé Baumgarten.* — (Centralblatt 1882) il se fit surtout pour les bacilles des crachats ; on fait dessécher les crachats sur une lamelle de verre, puis on les traite avec une solution très faible de potasse caustique, on colore avec une couleur d'aniline, les bacilles ne sont pas colorés, les tissus le sont.

Koch (1) a écrit un long mémoire sur ce sujet. Il a trouvé le bacille tuberculeux dans un grand nombre de lésions tuberculeuses et scrofuleuses. Il colore ces bacilles avec le violet de méthyle, ce qui permet de les voir dans les poignants tuberculeux. Ces bacilles se rencontrent surtout dans les points où le processus débute. Koch cultive le bacille par la méthode de Pasteur modifiée ; le liquide est inoculé et l'inoculation est toujours suivie d'une tuberculose locale ou généralisée.

Méthode de Koch. — On a longtemps cherché une bonne méthode de coloration du microbe de la tuberculose.

Celle de Koch réalise un progrès. Le procédé repose sur ce fait que tous les schizophytes se colorent en brun par la vésuve, après avoir été teintés en bleu par le bleu de méthyle alcalinisé ; tous, sauf la bactéridie de la lèpre et le *bacillus tuberculosus*. Les tissus à examiner sont étendus sur des lamelles, ou bien on en fait des coupes après durcissement dans l'alcool ; lamelles ou coupes sont plongées dans un liquide colorant composé de 200 cc. d'eau distillée, 1 cc. de solution alcoolisée, concentrée de violet de méthyle ; le tout est agité pendant assez longtemps, après quoi on y ajoute 2 cc. d'une solution de potasse caustique, 10 p. 100 ; ce mélange ne doit pas donner de dépôt, même après vingt-quatre heures. Les objets à colorer y restent plongés vingt à vingt-quatre heures, ou pen-

(1) Koch. Etiologie de la tuberculose. (Berliner Klinische Wochenschrift, 10 avril 1882.)

dant une demi-heure ou une heure à la température de 40°. Ensuite, les lamelles sont arrosées d'une solution aqueuse concentrée de vésuvine, qu'on doit filtrer chaque fois que l'on s'en sert, et les lamelles sont lavées au bout d'une ou deux minutes avec de l'eau distillée. En sortant les lamelles du bain bleu, au microscope les tissus, notamment les noyaux et leurs débris, sont bruns, tandis que les bactéries tuberculeuses sont d'un beau bleu. Toutes les autres bactéries, dit Koch, les bacilles de la lèpre exceptés, prennent, dans ces circonstances, la couleur brune. Si l'on opère sur des coupes, il faut les laisser vingt minutes dans la solution filtrée de vésuvine pour les laver à l'eau distillée. On les débarrasse de l'eau par l'alcool, on les éclaircit par l'essence de girofle. Ces bactéries sont des bâtonnets (bacilles) de 3 à 6 μ ; elles ressemblent à celles de la lèpre, mais ces dernières sont un peu plus minces et plus pointues; de plus, elles se colorent par la méthode de coloration des noyaux (Weigerl), ce que ne font pas les bacilles de la tuberculose. Ces bacilles se rencontrent partout où il y a des lésions tuberculeuses fraîches et en voie d'accroissement rapide. Elles se présentent d'ordinaire en forme de groupes serrés ayant souvent l'apparence d'un faisceau; ces groupes occupent souvent l'intérieur des cellules et, par endroits, donnent des images semblables à celles des bacilles de la lèpre. On en voit aussi de libres. Autour des foyers caséux, on voit des essaims de bacilles en dehors des cellules. Dès que l'éruption tuberculeuse a atteint son acmé, les bacilles deviennent plus rares; on ne les trouve plus qu'en petits groupes isolés au bord du foyer tuberculeux; autour d'eux on aperçoit d'autres bacilles mal colorés, à peine reconnaissables, en voie de destruction. Enfin, quand le processus s'éteint, les bacilles disparaissent, ce qui est rare.

Quand les tubercules contiennent des cellules géantes, on y trouve de préférence les bacilles. Quand le processus dure depuis longtemps, on n'en trouve exclusivement que dans les cellules géantes qui n'en renferment que quelques-uns. Koch pense que les bacilles agissent à la manière des corps étrangers de Weiss, de Friedländer, de Laulanié, pour produire les cellules géantes. En l'absence de tout artifice de préparation, on peut reconnaître les bactéries. Quand le tissu en contient beaucoup, en l'examinant dans l'eau distillée et dans un porte-objet creux, on voit alors les bacilles, sous forme de bâtonnets très fins, animés de mouvements moléculaires. Dans certaines circonstances, les bacilles forment des spores dans l'organisme animal; ces spores, au

nombre de 2 à 4, sont ovales et situées à des intervalles égaux dans l'intérieur des bâtonnets.

Procédé Ehrlich : les coupes fines restent une demi-heure dans le liquide suivant : huile d'aniline et solution concentrée alcoolique de fuchine : on ajoute de la matière colorante jusqu'à ce que la solution devienne trouble; la solution ne vaut plus rien après 1 ou 2 jours. Pour décolorer la coupe on la place dans le liquide suivant : 1 partie d'acide nitrique et 2 parties d'eau distillée, quelques minutes d'inversion suffisent. On la remet dans l'eau distillée, on dessèche une 2^e fois et on la conserve dans le baume de Canada.

Modifications de M. Babesiu (communication à la Soc. anatomique 1883). La solution d'aniline doit aller au *rouge foncé*, les coupes doivent y séjourner 24 h., c'est alors que l'on colore avec le méthyle B, ou bien on laisse les coupes pendant une demi-heure dans une solution aqueuse de méthyle B. avec l'huile d'aniline. La décoloration de la coupe se fait comme dans la méthode d'Ehrlich.

Si ces faits se confirment il deviendra possible de reconnaître les bacilles de la tuberculose ; puisque seuls ils se colorent on ne peut les confondre qu'avec ceux de la lèpre ; la clinique aidera au diagnostic. Si donc, les recherches ultérieures viennent à prouver que ces auteurs ont bien trouvé l'*agent spécifique* de la tuberculose, s'il est bien démontré qu'on puisse le déceler par les méthodes colorantes, par sa morphologie : on aura entre les mains un critérium supérieur à tous les autres, à l'aide duquel on pourra chercher à déterminer la nature de diverses affections dites scrofuleuses ou autres. D'ici là, il importe de rechercher avec soin quelle *est sa valeur* avant d'en déduire des conclusions, quidemain peut être pourraient se trouver fausses.

§ 3. — *Diagnostic de la matière tuberculeuse. Critérium expérimental. — INOCULABILITÉ.*

L'inoculabilité d'une matière à un animal sain permet-elle de reconnaître la nature tuberculeuse de la substance ?

La solution de cette grande et féconde question est récente.

Les premières inoculations furent faites par *Klencke* (1), en 1849 ; elles passèrent inaperçues.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 5 décembre 1865, M. *Villemin* (2) fit savoir qu'il avait réussi à inoculer à des lapins de la matière tuberculeuse recueillie sur des phthisiques morts depuis 24 à 36 heures.

Ayant pris de la matière virulente aussi fraîche que possible (3), il faisait une petite ponction sous-cutanée à la base de l'oreille et y introduisait un fragment de substance tuberculeuse qu'il avait un peu désagréée en la triturant avec la pointe d'un scalpel. Après une période d'incubation de quinze jours, M. *Villemin* trouvait des tubercules dans les organes, l'évolution des lésions allait jusqu'à la caverne ; au point d'inoculation il y avait souvent une sorte de chancre tuberculeux avec masse caséeuse et granulations jaunâtres ; les ganglions étaient tuméfiés et tuberculeux.

L'évolution de la tuberculose expérimentale bien décrite par *Villemin* est d'une importance capitale, puisque des substances autres que le tubercule produisent des pseudo-tuberculoses chez les animaux sans présenter la marche de la première : la plaie d'insertion n'offre aucune réaction inflammatoire, se cicatrise immédiatement ; le lendemain de l'opération on ne voit plus rien ; puis après un certain temps il se développe un petit nodule sous-cutané qui grossit et qui s'ulcère plus tard en laissant voir une matière caséeuse sèche. Si au contraire on insère sous la peau un produit septique les tissus se tuméfient avec œdème et l'animal succombe rapidement, ceux qui résistent présentent des abcès.

(1) *Klencke*. Untersuchungen und Erfahrungen im Gebiete der Anatomie, Physiologie, etc. Leipzig, 1843, t. I, p. 123.

(2) *Villemin*. Causes et nature du tubercule. Bulletin de l'Académie de médecine, 5 décembre 1865.

(3) Le meilleur résultat est obtenu en employant le tubercule d'un animal récemment sacrifié et encore palpitant.

Les produits solides ou liquides non tuberculeux qui provoquent des lésions sur les tissus, engendrent des nodules qui peuvent simuler le tubercule même caséux ; mais la vraie granulation marche autrement, elle se sèche d'emblée. Lors donc que l'évolution ne présentera pas les caractères que nous venons d'indiquer, il faudra songer à une pseudo-tuberculose.

De plus, le critérium microbique permet d'y découvrir les bacilles dites tuberculeuses.

M. Cloin (1) d'Alfort, rapporteur de la commission nommée pour examiner les expériences précédentes, conclut à la réalité des faits présentés par M. Villemin et ne fait de réserves que sur leur interprétation.

L'année suivante, Lebert (2) confirme les expériences de Villemin.

A la Société de Biologie, Hérard et Cornil (3) font part de résultats semblables. En 1867 Roustan (4) conclut dans le même sens. Le docteur Ley (5) arrive aux mêmes conséquences.

Chauveau (6), inocule de la matière tuberculeuse dans le tissu conjonctif ; après 10 à 12 jours des tumeurs tuberculeuses se forment au lieu d'inoculation, il fait naître en outre des ulcérations à la surface du derme en pratiquant des frictions avec de la matière tuberculeuse, et il voit se développer des produits tuberculeux. Enfin, dans le but de démontrer la spécificité de la matière tuberculeuse, Chauveau procéda de la façon suivante : le pus des abcès fut soigneusement

(1) Colin. Bull. Acad. médecine, 1867.

(2) Lebert. Quelques expériences sur la transmission du tubercule par inoculation. Bull. Acad. méd., t. XXXII, p. 119.

(3) Hérard et Cornil. Mém. Soc. biologie, 1866.

(4) Roustan. Rech. sur l'inoculabilité de la phthisie. Thèse de Paris, 1867.

(5) Ley. Lettre à l'Acad. de méd., t. XXXIII, p. 642, 1866.

(6) Chauveau. Gaz. hebdo., p. 215, 1872.

débarrassé de tout leucocyte et réduit, comme la matière tuberculeuse qui avait servi aux inoculations, à ses corpuscules granuliformes en suspension dans un sérum plus ou moins additionné d'eau. Ce pus ainsi préparé et inoculé n'a déterminé que des lésions inflammatoires locales et fugaces, et n'a jamais occasionné de tuberculisation.

M. Parrot (1), en 1869 et plus tard en 1873 obtint des tuberculoses expérimentales par inoculation de matière tuberculeuse.

A toutes les époques le tubercule est transmissible: c'est ce que prouvent les expériences de Roustan, de Hérard et Cornil, de Lebert, de Cohnheim, de Genaudet (2).

M. Crocq (3) conclut à l'inoculabilité du tubercule, qui est une inflammation spéciale.

Les belles expériences de Dieulafoy et Krishaber (4), sur le singe confirment d'une manière éclatante la découverte de Villemin. L'ensemble de leurs recherches a porté sur soixante-dix-huit singes.

« Sur 16 singes inoculés avec le tubercule de l'homme, 12 sont morts tuberculeux.

Sur 24 singes non inoculés, mais ayant vécu en promiscuité avec les singes inoculés, 5 sont morts tuberculeux.

Sur 10 singes inoculés avec du pus phlegmoneux, un seul est mort tuberculeux.

(1) Parrot. Bull. Soc. méd. des hôp., p. 70, 1869, et même Soc. biol., 1873.

(2) Genaudet. Gaz. hebdom., 1867.

(3) Crocq. Sur l'inoculabilité du tubercule : Congrès de Bruxelles, séance du 25 septembre 1875, et Gaz. hebdo., 1875, p. 625.

(4) Dieulafoy et Krishaber. Bull. Acad. méd., 23 août 1881 et 18 juil. et 1882.

Sur 28 singes tenus éloignés de toute cause de contamination, un seul est mort tuberculeux. »

Donc : « 1^o La tuberculose de l'homme est essentiellement transmissible au singe par inoculation.

2^o La tuberculose est contagieuse de singe à singe par cohabitation.

3^o Des singes placés dans de bonnes conditions hygiéniques, et tenus éloignés de toute cause directe de contamination, deviennent rarement tuberculeux. »

Les résultats négatifs de *Vogel* (1), de *Dubuisson* (2), de *t'eltz* (3), de *Metzquer* (4), ne tiennent qu'à l'imperfection des moyens d'expérimentation.

En Allemagne les mêmes résultats sont obtenus par *Waldenburg* (5), *Cohnheim* et *Fraenkel* (6), *Bernhardt* (7), en faisant des injections dans le péritoine ou dans la plèvre. *Gerlach* (8), en inoculant des singes, voit la phthisie évoluer comme la tuberculose spontanée.

En Angleterre *John Simon* (9), *Andrew Clark* (10),

(1) *Vogel*. Communication de la tuberculose aux animaux. *Arch. für Klinische medicine*, p. 364, 1866.

(2) *Dubuisson*. Note sur les effets de l'inoculation de substances organiques diverses et principalement de produits tuberculeux. (*Gaz. méd.*, p. 442, 1869), et thèse de Paris, 1869. Des effets de l'introduction dans l'économie de produits septiques et tuberculeux.

(3) *Feltz*. Résultats d'expériences sur l'inoculation de matières tuberculeuses. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, p. 244, 1867.)

(4) *Metzquer*. Phthisie galopante. Paris, 1874.

(5) *Waldenburg*. Inoculabilité de la tuberculose. (*Allgemeine medic. central Zeitung*, octobre 1867.)

(6) *Cohnheim* et *Fraenkel*. *Virchow's Arch.*, t. IXL, p. 216, 230, 1869.

(7) *Bernhardt*. Beiträge zur Lehre von der specifischen nature der Tuberculose und ihrer Übertragbarkeit dem Menschen (*Deutsch. Arch. Klinische medicine*, vol. V, p. 568, 1869).

(8) *Gerlach*. Ueber die Impfbarkeit der tuberculose. (*Virchow's Arch.*, vol. LI, p. 250.)

(9) *John Simon*. *Med. Times and Gazette*, avril 1867.

(10) *Andrew Clark*. *Med. Times and Gazette*, avril 1867.

Wilson Fox (1), confirmèrent les recherches de Villemin.

En 1874, une inoculation a été faite avec succès à l'homme par *Demet* (2), *Paraskova, Zablonis*.

Inoculation de la matière caséeuse. — D'un côté Villemin, Waldenburg, Klebs (3), Roustan (4), John Simon et Wilson Fox, Arloing (5), Patersen (6), le professeur Parrot, Bernhardt, Chauveau, Cohnheim, Colas (7), Dieulafoy et Krishaber, obtiennent la tuberculose expérimentale après inoculation de produits caséieux. De l'autre Hérard, Chalvet (8), Metzquer, Verga et Biffi (9), auraient eu beaucoup d'insuccès.

On peut en conclure que, dans le plus grand nombre des cas, *la matière caséeuse est inoculable*, qu'exceptionnellement elle ne l'est pas; d'ailleurs les insuccès pourraient s'expliquer: 1^o par l'imperfection des procédés; 2^o par la nature de la matière caséeuse qui n'était pas tuberculeuse.

Donc, lorsque l'inoculabilité d'une substance est la règle, et sa non-inoculabilité l'exception, on peut croire qu'il s'agit d'une matière tuberculeuse, en supposant que la mala-

(1) *Wilson Fox.* A lecture on the artificial production of tubercle in the lower animals; the Lancet, mai 1868.

(2) *Demet.* Inoculation de la tuberculose aux animaux et à l'homme. (Gaz. méd., 1872, p. 196.)

(3) *Klebs.* Ueber die Entstehung der Tuberculose und ihre Verbreitung im Kröper. (Virchow's Arch., t. XLIV, 1868.)

(4) *Roustan.* Inoculabilité de la phthisie. Thèse de Paris, 1867.

(5) *Arloing.* Lésions produites par l'inoculation tuberculeuse. (Gaz. méd. de Lyon, p. 502, 1868.)

(6) *J. Patersen.* In report of the progress of medicine by Dobell, p. 74, 1869.

(7) *Colas.* De la nature des adénites externes dites scrofuleuses. Thèse de Lille, 1881.

(8) *Chalvet.* In thèse de Roustan, 1867.

(9) *Verga et Biffi.* Gaz. med. Lombard, p. 82, 1870. Ulteriori ricerche sulla tuberosità.

die inoculée a suivi les règles de la tuberculose expérimentale.

La matière tuberculeuse paraît aussi se transmettre par *ingestion intestinale*. Chauveau (1), Aufrecht (2), Klebs (3), Saint-Cyr, Gerlach (4), Semmert, Gunther, Harms, Zürn, Parrot, Jacobs (5), Toussaint (6), Saint-Léger, Biffi et Verga, Bollinger (7), Viseur d'Arras (8), malgré les faits contraires de Dubuisson, de Metzquer, de Colin (9). Bollinger et Hering (10), ont rencontré des succès et des insuccès.

Inoculation de crachats tuberculeux. — Les expériences de Villemin (11), les expériences plus nombreuses de William Marcket (12), paraissent favorables à l'inoculation par cette voie, malgré les résultats négatifs de Bou-

(1) Chauveau. Tuberculose expérimentalement produite par l'ingestion tuberculeuse. (Gaz. méd. de Lyon, p. 550, 1868.) Démonstration de la virulence de la tuberculose par les effets de l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives. (Recueil de méd. vétér., 5^e série, t. VI, mars 1869. Lyon médical, 1873. Congrès de Bruxelles, séance du 24 août 1874.)

(2) Aufrecht. Über die Structur des Miliartuberkles. (Centralblatt, 1869.)

(3) Klebs. Arch. f. exper. path., 1873.

(4) Gerlach. Harms. Zürn. Birsch-Hirschfeld, in Ziemssen, art. Chronische und acute tuberculose.

(5) Jacobs. Trois cas de transmission de la tuberculose au chien. (Presse méd. belge, 3 avril 1870.)

(6) Toussaint. Compt. rend. Acad. sciences, 1881.

(7) Bollinger. Ueber imp. fund Futterungstuberculose. (Arch. f. exp. Path., août 1873.)

(8) Viseur. Bull. Acad. méd., 15 septembre 1874.

(9) Colin. Bull. Acad. méd., 1873.

(10) Hering. Histologische und experimentelle Studien über die Tuberculose, 1873.

(11) Villemin. Etude sur la tuberculose, 1888, et Bull. Acad. méd. 1866-67-68.

(12) William Marcket. On the inoculation of animal as a mean of diagnosis. Medico-Chir. Transactions, t. L, p. 439.

ley (1) et de *Waldenburg* (2). *Petersen* (3) n'a développé probablement que des pneumonies vésiculaires.

Transmission par inhalation de crachats de phthisiques.

— Ce procédé aurait été employé pour la première fois par *Villemin*, d'après *Zuber* (4).

Schottelius (5) a reconnu que l'inhalation de poussières minérales occasionne de faibles lésions; l'inhalation de crachats tuberculeux ou non tuberculeux donne naissance à des broncho-pneumonies caséuses accompagnées de nodules miliaires: ces résultats sont donc le fait de la matière organique et non d'une substance virulente.

Bertheau et *Tappeiner* (6) ont fait inhale à des chiens des crachats tuberculeux, tantôt en émulsion, tantôt sous forme de poussières; il s'est toujours développé une tuberculisation, quelquefois généralisée.

Giboux (7) a fait inhale à des lapins l'air expiré par des phthisiques et a vu se développer la tuberculose expérimentale; si l'air expiré traverse de la ouate, la tuberculose ne se produit pas.

Ces faits apportent de bonnes raisons en faveur de la contagion admise par *Valsalva*, *Morgagni* et les Italiens, *Laënnec*, *Andral*, *Weber*, *Rohden*, *Webb*, le professeur *Jaccoud*, *Bouchard*, par *Flindt* et *Reich*.

(1) *Bouley*. *Bull. Acad. méd.*, 1869.

(2) *Waldenburg*. *Tuberculose, Lungenschwindsucht und Scrofulose*. Berlin, 1869.

(3) *Petersen*. *In reports of progress of medecine*, 1869.

(4) *Zuber*. *Rev. des Sc. méd.*, p. 96, 1879.

(5) *Schottelius*. *Arch. für Path. Anat. und Phys.*, t. LXXIII, et *Rev. des sc. méd.*, 1879.

(6) *Bertheau* et *Tappeiner*. *Deutsch Arch. für Klinische Med.*, t. XXVI, 1881.

(7) *Giboux*. *Compt. Rend. Acad. sciences*, 22 mai 1882.

Mais les expériences de Waldenburg (1) démontrent que de fines particules inertes ou tuberculeuses produisent des noyaux miliaires tuberculeux ; toutefois, dans les recherches de M. Bergeron (2), les inhalations de substances diverses n'ont pas produit ces altérations sur les animaux en expérience.

Nous croyons que, dans les cas de Waldenburg, il s'agit de pseudo-tuberculoses.

En présence de ces faits contradictoires, il convient de répéter les expériences avant de conclure.

Peut-être a-t-on affaire, dans les cas d'inhalation de poussières, à des inflammations simples ; en tout cas, il faudra désormais examiner avec soin la topographie de ces lésions, leur structure histologique, leur évolution, et enfin pratiquer l'inoculation en série avant de décider qu'il s'agit d'une matière tuberculeuse.

Inoculation du sang des tuberculeux. — Les expériences sont peu nombreuses. Les observations positives de Villemin (3) par injection hypodermique, les faits négatifs de Roustan (4), de Liouville (5), les résultats variables de Marcket (6) ne permettent pas de conclure, même après les expériences de Toussaint (7).

Ce dernier observateur aurait vu le tubercule se produire à la suite de l'inoculation de sécrétions nasale, buccale et bronchique de phthisiques.

En définitive, pour reconnaître la tuberculose, il ne

(1) Waldenburg. Allgemeine med. central Zeitung, 14 décembre 1867.

(2) Discuss. Soc. méd. des hôpitaux, 1866.

(3) Villemin. Etude sur la tuberculose, 1868.

(4) Roustan. Thèse de Paris, 1867.

(5) Liouville. Société de biologie, 1873.

(6) Will. Marcket. Med. Chir. Transactions, t. L, p. 439.

(7) Toussaint. Acad. méd., 29 mars 1880 et 1^{er} août 1881.

faut s'adresser qu'aux produits caséux ou aux tubercules, il convient d'en pratiquer l'insertion ou l'inoculation par injection sous-cutanée ou dans la cavité abdominale; les autres procédés sont défectueux.

Des corps étrangers divers développent des granulations analogues au tubercule; pseudo-tuberculose. — En 1867, *Lebert et Wyss* (1) proclament des granulations simulant le tubercule avec du pus, des matières pneumoniques, du cancer, de la mélanose.

Andrew Clark, Burdon, Simon et Sanderson (2) réalisent les mêmes expériences et sont conduits aux mêmes résultats. *Wilson Fox* (3) ne constate qu'un succès sur 9 inoculations, tandis que pour le tubercule le succès est la règle. D'après ces auteurs, ni les caractères extérieurs ni la structure ne pouvaient différencier ces produits inoculés de la vraie granulation tuberculeuse; une simple suppuration, un séton auraient donné naissance au tubercule (*Wilson Fox*).

M. *Colin* inocule avec succès des tumeurs vermineuses et d'autres substances; il nie la spécificité de la tuberculose, et cependant, les produits tuberculeux seuls sont capables d'engendrer des tubercules.

M. *Empis* obtient le même succès avec du pus de diverses substances. M. *Chatin* produit du tubercule avec du cancer.

De même *Cohnheim et Fraenkel* (4) ont vu les granula-

(1) *Lebert et Wyss. Beiträge zur experimental Pathologie der heerdartigen, umschriebenen, disseminirten Lungentzündung*, in *Virchow's Archiv*, t. XL, p. 169, 1867.

(2) *Simon et Sanderson. British med. journal*, 1868.

(3) *Wilson Fox. — On the artificial product. of tubercle in the lower animals. The Lancet*, mai 1868.

(4) *Cohnheim et Fraenkel. Arch. für path. Anat.*, t. XLV. Berlin, 1868.

tions succéder à l'inoculation des substances les plus disparates ; ils ont même pratiqué avec succès l'inoculation en série limitée. Ils pensent que le pus devient le point de départ des nodules disséminés.

Waldenburg (1), Papillon, Nicol et Laveran (2) se trouvent en face des mêmes résultats.

Les expériences de Héring, à l'aide de produits divers, ne démontrent que l'existence de pseudo-tuberculoses souvent locales.

Après la lecture des expériences de Metzquer, de Colmar, il semble qu'il se soit surtout développé de la septicémie et des embolies.

Mais Verga et Biffi (3), en injectant du cancer et du tubercule dans le péritoine, ont obtenu un succès constant par le tubercule, tandis qu'il y a eu insuccès complet par le cancer. Bernhardt a rencontré les mêmes effets.

Plus rarement encore, les corps étrangers, introduits dans le péritoine, donnent lieu à des résultats positifs (Petersen, Verga et Biffi, Brown-Séquard).

Les insuccès sont donc habituels dans l'inoculation d'un grand nombre de matières non tuberculeuses ; par conséquent, lorsque dans une série d'inoculations l'insuccès sera la règle, on pourra penser que la substance inoculée n'est pas de nature tuberculeuse. La matière tuberculeuse, étant une des substances les plus inoculables, on peut presque établir le diagnostic par cette méthode.

Procédé de M. H. Martin. Inoculation en série. — Cette

(1) Waldenburg. *Die Tuberkulose*, 1869.

(2) Papillon, Nicol et Laveran. *Gaz. des hôpitaux*, p. 342, 1871.

(3) Verga et Biffi. *Gazetta italia medica Lombardia*, 1874 et 1875.
Sulla inoculabilità della tuberosità.

conclusion est fort légitime ; toutefois Eulenburg et d'autres expérimentateurs, en opérant avec des substances quelconques, ont assisté à la production de nodosités semblables aux tubercules.

M. H. Martin (1) a également provoqué, avec des substances diverses, des granulations analogues au tubercule et de même structure histologique ; les unes sont du *pseudo-tubercule*, les autres du *tubercule vrai*. Dans les deux cas on a affaire à des nodules d'inflammation sarcomateuse avec endo-vascularite oblitérante ; le microscope est donc incapable de les différencier. C'est l'expérimentation qui va juger la question : le faux tubercule ne s'inocule pas en série, tandis que le vrai se transmet par ce procédé. Voici d'ailleurs les conclusions de M. H. Martin (2) :

« La matière tuberculeuse inoculée localement détermine, après incubation, la formation d'un tubercule local auquel succède, après un temps variable, une tuberculose généralisée. Si l'on inocule, au contraire, la matière morbide extraite de tubercules consécutifs à l'inoculation de corps étrangers non tuberculeux, elle ne donne JAMAIS une tuberculose généralisée ; elle perd même, dès le deuxième terme de la série, au plus tard dès le troisième, la propriété de déterminer une inflammation locale et devient absolument inoffensive, si on s'est mis à l'abri de toute cause d'infection tuberculeuse. »

M. Toussaint (3) écrit que la tuberculose vraie se re-

(1) H. Martin. Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule. Thèse de Paris, p. 167, 1879.

(2) H. Martin. Recherches sur les propriétés infectieuses du tubercule. Arch. de physiologie, p. 105, mars-avril 1881.

(3) Toussaint. Compt. rend. Acad. sciences, 7 novembre 1881.

produit en séries indéfinies avec des caractères absolument identiques ; elle deviendrait même plus énergique, plus rapide avec les séries.

MM. H. Martin et Toussaint arrivent donc aux mêmes résultats. Leurs expériences prouvent que la tuberculose vraie est inoculable en série ; le fait nous semble indiscutable.

On peut également conclure que la pseudo-tuberculose l'est exceptionnellement, si elle l'est.

En conséquence, lorsque nous voudrons décider de la nature tuberculeuse de certaines lésions produites par des affections scrofuleuses, il conviendra de s'adresser à l'inoculation en série ; les résultats ainsi obtenus offriront beaucoup plus de probabilités que l'inoculation simple.

Est-ce à dire que le pseudo-tubercule ne puisse jamais donner l'inoculation en série ? Dans des expériences personnelles, nous avons pu voir des pseudo-tubercules engendrés par du pus caséux, et même deux fois par du pus ancien ; il s'est produit une généralisation de pseudo-tubercules jusqu'à la troisième série.

Désormais il faudra chercher à démontrer que la substance tuberculeuse est la seule qui puisse développer une tuberculose expérimentale en série, et lorsque la plupart des produits morbides auront été essayés : alors, mais alors seulement, on sera en droit d'affirmer que l'on possède un critérium à peu près absolu.

Ainsi les expériences fondamentales de Villemin et de ses successeurs démontrent d'une manière irréfragable que la tuberculose s'inocule. Mais les expériences faites en France, en Angleterre et en Allemagne prouvent que des substances étrangères engendrent des lésions granuleuses que l'on confond avec celles de la tubercu-

lose expérimentale; la distinction est souvent impossible, même au microscope.

Déjà Chauveau essaya de démontrer que ces produits granuleux ne sont pas inoculables; mais c'est surtout à M. H. Martin que l'on doit d'avoir montré que le pseudo-tubercule, identique avec le tubercule vrai au point de vue histologique, s'en distingue en ce qu'il ne s'inocule pas en série. Des expériences analogues ont conduit M. Toussaint aux mêmes résultats.

Puis on apprend à voir l'agent de l'infection. Weigert, Baumgarten, Koch, Ehrich, Rubini, Formad (1), Negri et Pinolini, à l'aide de leurs procédés de coloration, arrivent à déceler le *bacille* tuberculeux. Mais la morphologie des schizophycètes n'étant point spéciale (Pasteur), leur forme ne permet guère d'en reconnaître la nature.

Pour résoudre cette dernière partie du problème, il faut s'adresser aux cultures méthodiquement faites avec le *plus grand luxe de précautions possibles*. Ces expériences ont été tentées par Toussaint, par Koch, et beaucoup d'autres; elles paraissent avoir réussi, car on a produit la tuberculose en inoculant les liquides de culture dans lesquels existe le bacille. Par surcroît de précaution, il faut encore ici pratiquer les inoculations *en série*.

Nous pouvons maintenant songer à appliquer tous ces résultats d'expérimentation à l'étude comparée des produits scrofuleux et tuberculeux. Lorsqu'une matière provenant de produits dits scrofuleux contiendra les bacilles tuberculeux, lorsqu'elle sera inoculable en série après culture méthodique, on sera en droit d'admettre

(1) Philadelphia medi. Times, novembre 1882.

que la substance est probablement de nature tuberculeuse.

La certitude ne sera pas encore permise; car ici, comme pour le tubercule, il sera indispensable de prouver que d'autres microbes (or on sait combien il sont nombreux) ne peuvent pas donner lieu à des altérations analogues.

En résumé, pour reconnaître si une lésion dite scrofuleuse est de nature tuberculeuse, il est indispensable de procéder aux inoculations avec le plus grand soin, et de n'admettre comme démontrés que les faits qui se seront reproduits un grand nombre de fois. La surface du point où siège la lésion sera cautérisée avec une lame de couteau chauffée au rouge : c'est alors le centre de la lésion qui sera pris pour l'inoculation seule, ou mieux après culture. Bien entendu, les objets de culture seront soumis à toutes les précautions indiquées par Pasteur ; l'injection sera faite, sur des animaux éloignés les uns des autres, dans la chambre antérieure de l'œil, dans le péritoine, ou dans la région inguinale. Il faut empêcher la contagion possible et les lésions phlegmasiques. Puis nouvelle culture de la matière tuberculeuse produite expérimentalement : ici toutes les précautions nécessaires peuvent être prises, puisqu'on a l'animal à sa disposition. L'inoculation en série est de rigueur. On constatera l'existence des bacilles par les nouvelles méthodes ; on les cultivera (1), puis on en pratiquera l'inoculation en série. Alors seulement, si les succès ont été à peu près constants, il sera permis d'affirmer la nature tuberculeuse probable de la matière

(1) Nous recommandons spécialement la culture *en série*, dont nous nous sommes servi l'année dernière avec succès ; elle permet de mieux isoler l'agent infectieux et de diminuer les chances d'erreur.

soumise à l'expérimentation. Je dis *probable*, parce que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas prouvé qu'aucun autre schyzophycète puisse produire des lésions analogues. Certes le progrès est réel, mais la solution de la question est loin d'être définitive.

Nous voilà donc armés de deux critériums: la lésion anatomique de la tuberculisation et son inoculabilité; ces deux critériums n'ont pas une valeur absolue, mais ils sont presque suffisants pour résoudre le problème que nous nous posons: une matière étant soupçonnée de nature tuberculeuse, le démontrer scientifiquement. Il sera utile également de soumettre la substance au critérium *microbique*, quoique nous n'en connaissons pas encore la valeur exacte.

Enfin, lorsque tous ces critériums auront été consultés, il faudra toujours en appeler au tribunal suprême du critérium CLINIQUE: « la médecine traditionnelle, dit M. le professeur Cornil (1), fondée sur l'observation des malades, malgré toutes ses défectuosités et toutes ses inconnues, est encore la meilleure base des recherches positives que poursuit notre génération. » Pour la technique de ce critérium, nous renvoyons à l'œuvre de nos maîtres.

Diagnostic du scrofule-tuberculeux. Nous venons de voir à l'aide de quels moyens on arrive à reconnaître la matière tuberculeuse; un mot sur la méthode qui devra servir à reconnaître le tuberculeux.

Si la lésion peut être excisée, nous renvoyons à ce qui a été dit précédemment. Mais souvent il n'en est pas ainsi, il faudra donc recourir à l'examen *microbique* des

(1) *Discuss. Soc. méd. des hôpitaux*, 1880.

crachats, à leur inoculation, ainsi qu'à celle du sang, des urines, à l'appréciation clinique et physico-chimique de la fonction pulmonaire ; mais comme la science n'est pas encore fixée sur la valeur d'un certain nombre de ces procédés, il en résulte que le diagnostic restera dans le probable.

CHAPITRE III.

La scrofule soumise aux criteriums anatomo-pathologique, microbique et expérimental; sa délimitation, sa nouvelle conception.

Nous venons d'étudier les procédés à l'aide desquels nous pourrons reconnaître la matière tuberculeuse là où elle existera ; ce chapitre ne sera donc qu'une application du précédent. Nous voulons savoir si toutes les lésions considérées comme scrofuleuses lui appartiennent ou en sont distinctes. Quels sont donc les états morbides que l'on considère comme scrofuleux ? Nous trouvons la réponse dans Bazin (1).

La première et la deuxième période comprennent :

1^o Les scrofulides cutanées bénignes, les érythèmes boutonneux exsudatifs ;

2^o Les scrofulides cutanées malignes, les lupus, les scrofulides ulcéro-crustacées, les scrofulides des membranes muqueuses, les écrouelles.

Dans la troisième, il place la tumeur blanche, les lésions osseuses.

La quatrième renferme la scrofule *testiculaire* génito-

(1) *Traité de la scrofule*. Paris, 1861.

urinaire, mammaire, cérébrale, la phthisie bronchique et pulmonaire.

§ 1.— *Quatrième période de Bazin* (comportant certaines tuberculoses localisées).

Ainsi, d'après Bazin, la scrofule engendre une foule d'états morbides dont un grand nombre sont aujourd'hui connus sous le nom de tuberculoses locales (Friedländer (1) Brissaud (2)). Sont-ce là des tuberculoses ?

Certains observateurs ont décrit des tuberculoses localisées appartenant à la scrofule ; la dénomination est défective, il s'agit de tuberculose et non de scrofule. Sous le nom de tuberculoses locales, nous désignons des tuberculisations localisées, n'obéissant pas à la loi de Louis et aussi des altérations dites scrofuleuses.

L'objection capitale adressée aux partisans actuels de l'identité de la scrofule et de la tuberculose, c'est que les lésions *scrofuleuses* sont *bénignes, curables*, et que les lésions *tuberculeuses* sont *graves, incurables* ; le fait est très exact dans un grand nombre de cas, mais il est faux dans d'autres et surtout il est absolument irrational d'élever ce principe à la hauteur d'un critérium absolu. Nous démontrerons que des lésions, tuberculeuses de par la technique la plus moderne et de par l'observation clinique, peuvent être bénignes et curables.

Prenons un autre exemple :

Nous trouvons dans les auteurs les plus autorisés, que l'épididyme peut être le siège de lésions scrofuleuses, car les individus chez qui elles surviennent pré-

(1) Friedländer. *Sammlung klinischer Vorträge*, 1871.

(2) Brissaud. *Etude sur les tuberculoses locales*. Arch. gén. de méd., p. 129, 1880.

sentent les attributs d'une constitution *faible, délicate, lymphatique*.

Les lésions du testicule dites scrofuleuses serviront à établir : 1^o que le tubercule peut guérir ; 2^o qu'il ne s'agit pas là de scrofule.

MM. *Reclus et Malassez* (1) ont toujours reconnu des *tubercules types* dans les testicules dits scrofuleux. Un jeune homme est pris d'orchite qui passe à l'état chronique avec des indurations noueuses sur l'épididyme ; ces indurations suppurent, donnent naissance à des fistules qui s'oblitèrent ; la *guérison* survient avec atrophie du testicule.

Donc *la tuberculose locale est curable*.

Cruveilhier (2) admet le tubercule de guérison dans le testicule.

Velpeau, Roux, Vidal de Cassis admettaient cette tuberculose isolée. *Reclus* constate que, dix fois sur trente, la lésion est cantonnée à l'organe.

La tuberculose chez la femme peut rester longtemps localisée à l'*appareil génital*. *Brouardel* (3) montre qu'elle siège surtout à la surface de la muqueuse utérine. L'ovaire, l'utérus, les trompes peuvent être pris séparément.

Pour tous ces auteurs, c'est de la tuberculose. Faut-il grouper ces faits sous le nom de *scrofule utérine*? Mais sur trente-deux cas je ne trouve que sept fois des antécédents strumeux ; et dans cinq cas que nous avons observés, nous n'avons rencontré qu'une seule fois des scrofulides exsudatives.

Dans la *tuberculisation urinaire*, on trouve également

(1) *Du tubercule du testicule, et Arch. de physiologie*. 1876, p. 56.

(2) *Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique générale*, t. IV.

(3) *Brouardel. Tubercules des org. génitaux de la femme*, 1865.

des cas de tuberculose locale sans phthisie pulmonaire (Tapret (1), le professeur Guyon (2)).

Et la tumeur scrofuleuse de la mamelle d'Astley Cooper, est-ce de la scrofule? Ce sont des tumeurs peu dolentes qui suppurent, le pus mal lié est mêlé à des flocons jaunâtres dits tuberculeux. Velpeau, Johannet, Bazin estiment qu'il s'agit de tubercule. MM. les professeurs Robin et Richet, plus tard MM. Ledentu, Dubar et Quenu en démontrent la nature tuberculeuse à l'œil nu et au microscope.

La clinique nous indique qu'il existe en même temps de la tuberculose pulmonaire : les lésions de la scrofule cérébrale sont aussi tuberculeuses ; il s'agit donc encore ici de tuberculose et non de scrofule. Quant aux lésions de la phthisie bronchique et pulmonaire, elles sont tuberculeuses. Direz-vous que ce sont des scrofuleux qui deviennent tuberculeux ? Mais nos relevés statistiques montrent, dans ces cas un seul scrofuleux sur six ayant des tubercules génito-urinaires.

La tuberculisation en général, et les scrofules en particulier, sont soumises à quelques règles qu'il est bon de mettre en évidence :

1^o Le foyer de tuberculose *primaire* d'un organe ou d'un tissu, est toujours plus intense que le foyer de tuberculose *secondaire*, lequel manque ou est accessoire : il y a alors phthisie pulmonaire, génito-urinaire, bronchique, osseuse, etc.

2^o Le foyer primitif vit pendant un certain temps d'une vie indépendante, parasitaire ; mais souvent, soit sous des influences débilitantes variées, il tend à la gé-

(1) Tapret. *Etudes cliniques sur la tuberculose urinaire*. Arch. gén. de méd., mai 1878.

(2) Guyon. *Leçons cliniques de mal. des voies urin.* Paris, 1881.

néralisation, laquelle dépend parfois d'une lymphangite ou d'une phlébite des veinules.

3° La tuberculose des organes a surtout occupé les pathologistes ; désormais il faudra faire l'étude attentive de la tuberculose des systèmes et des tissus, laquelle tuberculose est parfois scrofuleuse et a été rangée à tort jusqu'ici dans les scrofules.

§ 2. — *Troisième période de Bazin. — Arthrites tuberculeuses secondaires chez des individus non scrofuleux.*
— *Lésions analogues à la tumeur blanche scrofuleuse.*

Gubler et Powel ont relaté sept observations d'arthrites aiguës et subaiguës dans le cours de la phthisie pulmonaire ou avant ses premières manifestations.

J. Roux étudie avec soin l'arthrite tuberculeuse. Le professeur *Cornil* est un des premiers qui ait mis ces faits en lumière.

Bouilly distingue une synovite tuberculeuse primitive, une synovite secondaire et une consécutive à l'arthrite fongueuse ou à des lésions chroniques des extrémités osseuses. Avant d'admettre d'une manière certaine cette dernière variété, il est utile de l'étudier à nouveau.

Il est donc démontré aujourd'hui que la tuberculose osseuse et articulaire peut se développer consécutivement à une lésion tuberculeuse du poumon simulant tantôt (forme mono-articulaire avec une hydarthrose aiguë (*Priou*), une affection rhumatismale, aiguë, subaiguë ou chronique, tantôt une tumeur blanche scrofuleuse. Chez les vrais rhumatisants, la fongosité, quand elle survient, a son origine dans la synoviale (synovite fongueuse secondaire à longue échéance), elle ne tend

pas à suppurer ni à envahir les os ; par conséquent, il y a une différence radicale avec la tumeur blanche dite scrofuleuse qui d'emblée est une ostéite fongueuse. Mais il existe une arthrite tuberculeuse qui ressemble complètement à ce que l'on nomme ordinairement arthrite scrofuleuse.

C'est surtout cette arthrite tuberculeuse qui fixera notre attention.

On décrit plusieurs variétés d'arthrite tuberculeuse secondaire ; contentons-nous de signaler : 1^o la forme rhumatoïde, c'est-à-dire simulant un rhumatisme aigu ou subaigu ; 2^o la forme scrofuloïde ressemblant à une arthrite fongueuse strumeuse. En voici des exemples.

OBSERVATION. (Laveran⁽¹⁾. Résumé.) — Forme rhumatoïde.

Tuberculose aiguë à forme asphyxique. Localisation initiale sur les articulations. Mort. Autopsie.

Un homme de 22 ans entre au Val-de-Grâce pour un rhumatisme subaigu dont il souffre depuis six jours. Dès le lendemain de son entrée, la fièvre éclate et s'accompagne d'accidents dyspnéiques et de symptômes thoraciques qui font abandonner le diagnostic de rhumatisme subaigu pour celui de tuberculose aiguë.

La dyspnée devient considérable, l'asphyxie se prononce de plus en plus, et le malade succombe avec une intelligence intacte.

Autopsie. — Granulations miliaires répandues en grande abondance sur la plèvre et disséminées dans toute l'étendue des deux poumons. Pas de traces de lésions anciennes aux sommets.

Il existe également des granulations tuberculeuses sur le péritoine, granulations grosses comme une tête d'épingle, remarquables par leur transparence ; on dirait de petites gouttes de rosée.

On en trouve également sur le grand épiploon, sur le péritoine diaphragmatique, sur la muqueuse intestinale, sous la capsule

(1) Laveran. Société médicale des hôpitaux (14 juillet 1876).

hépatique, sur la rate et sur les reins. Rien dans les méninges ni le cerveau, mais dans la protubérance quatre tubercules gros comme des pois et un dans le bulbe.

La synoviale de l'articulation du genou droit est vivement injectée et présente un grand nombre de granulations grisâtres, saillantes, grosses environ comme des têtes d'épingle. Dans le genou gauche, il n'y a que de très rares granulations.

Examen histologique. — Les granulations de la synoviale présentent la structure caractéristique du tubercule : au centre une masse granuleuse opaque, se colorant en jaune-paille par le picro-carminate ; à la périphérie une zone de prolifération composée de cellules jeunes à gros noyaux qui se colorent en rose vif par le picro-carminate. Au centre de presque tous les tubercules, on rencontre des cellules géantes.

Ici, la lésion tuberculeuse, en se généralisant, se produit sur la synoviale comme sur le péritoine ; la granulation y est donc primitive. Lorsque la maladie est subaiguë on prononce parfois le nom de *rhumatisme scrofuleux*, admettant ainsi une sorte d'état hybride : ici, ce sont des poussées tuberculeuses articulaires. Nous avons observé un cas de ce genre : un jeune homme de 28 ans, scrofuleux ganglionnaire, eut une première poussée articulaire avec épanchement dans les deux genoux simulant un rhumatisme subaigu ; l'arthrite du genou gauche s'améliora beaucoup, tandis que l'arthrite du genou droit disparaît. A cette époque on ne constatait qu'une expiration prolongée, rude au sommet du poumon gauche ; le malade ne succomba que trois ans après le début de sa phthisie pulmonaire. L'affection articulaire présentait des granulations tuberculeuses.

OBSERVATION. — Cornil (1). — **Forme scrofuleuse.**
Tumeur blanche tuberculeuse.

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui mourut de phthisie pulmonaire et qui, dix-huit mois avant sa mort, avait présenté les signes d'une tumeur blanche du coude droit.

L'autopsie révéla l'existence d'une arthrite tuberculeuse du coude droit : la surface de la synoviale était fongueuse, et l'on voyait dans l'épaisseur de celle-ci des granulations miliaires, nombreuses pour la plupart, semi-transparentes. Les cartilages articulaires avaient perdu leur élasticité normale. Il n'y avait pas d'altérations des os voisins.

L'examen histologique prouva la nature tuberculeuse de ces granulations qui étaient constituées par des cellules rondes, petites, pressées les unes contre les autres et allant en s'atrophiant de la périphérie vers le centre.

Cet examen anatomique, qui démontre bien nettement l'existence des granulations tuberculeuses de la synoviale, conduit à admettre une forme spéciale d'arthrite chronique de nature tuberculeuse.

OBSERVATION (recueillie par M. Métaux, interne). — Abcès tuberculeux multiples. Arthrite du pied gauche de nature tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire tout à fait au début.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, entré dans le service de M. le professeur Trélat, au mois de mars 1882.

Cet homme, à part des hémoptysies répétées datant depuis *dix ans* et qui ont duré une quinzaine de jours, ne présente aucune espèce d'antécédents morbides; il n'a eu aucun accident strumeux. En janvier 1882, premier abcès, indolent, gros comme un œuf de pigeon, à la région malaire gauche; à son entrée à l'hôpital, le malade présente, sur différentes parties du corps un certain nombre de petits abcès dont les uns disparaissent peu à peu en ne laissant qu'un noyau d'induration, et dont les autres sont opérés par M. Trélat. Ces tumeurs étaient très riches en follicules tuberculeux.

(1) Cornil. Note sur un cas d'arthrite tuberculeuse. In Arch. de physiologie, p. 325, 1870.

Au mois d'octobre 1882, il survient une tuméfaction de la région tibio-tarsienne et plantaire interne du pied gauche ; on constate bientôt aux gaines l'existence d'une collection purulente qui se prolonge à la plante du pied. On fait le diagnostic d'ostéite tuberculeuse de la malléole interne et de l'astragale, avec abcès.

Le 7 novembre, incision ; grattage de la malléole interne. Pansement de Lister. Guérison.

Examen histologique des parties enlevées. — L'ensemble est formé de tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules embryonnaires, avec follicules tuberculeux qui tranchent, par leur couleur jaune, sur le fond rosé de la préparation ; les cellules embryonnaires leur forment une zone compacte environnante.

Le 9 janvier 1883, on constate un gonflement notable de l'articulation tibio-tarsienne gauche, il y a de la rougeur, de l'empâtement, la déviation du pied en valgus et un point douloureux antéro-externe. M. le professeur Trélat fait l'amputation de la jambe ; le 21 janvier la réunion par première intention est nette, l'état de la plaie est excellent, ainsi que l'état général. Aux poumons, la percussion accorde une tonalité plus élevée sous la clavicule droite ; l'auscultation aux sommets fait entendre une inspiration saccadée des deux côtés et une expiration légèrement prolongée au sommet droit.

Il y a dix ans, cet homme a éprouvé une hémoptysie ; à cette époque, il existait des granulations dans le poumon ; il s'agissait d'une *tuberculose locale pulmonaire*, plus tard la tuberculose s'est manifestée dans d'autres points. C'est ce genre de tuberculose que nous désignons sous le nom de *tuberculose à colonies*, survenant chez des sujets scrofuleux ou non scrofuleux. La lésion tuberculeuse pulmonaire a débuté, les lésions articulaires ont succédé ; elles ont été consécutives, ce qui ne les a pas

empêchées de revêtir le type des lésions dites scrofuleuses.

Bien plus, il y a ici des abcès multiples, plusieurs ont été opérés et l'on y a trouvé des tubercules. Si cet homme avait été scrofuleux, on aurait dit gomme scrofuleuse et tumeur blanche scrofuleuse, tandis qu'il s'agissait d'altérations tuberculeuses.

OBSERVATION. (Lancereaux.) — Arthrite fongueuse et tuberculeuse du genou droit. Infiltration tuberculeuse des poumons.

M..., âgé de 40 ans, admis à l'Hôtel-Dieu, le 23 août 1866, présente au genou droit les caractères de la *tumeur blanche* pour laquelle on lui ampute la cuisse. La mort survient peu de temps après l'opération. A l'autopsie on trouve aux sommets des poumons des granulations tuberculeuses.

L'articulation du genou contient un liquide sale, trouble, flaconneux. La synoviale, injectée dans toute son étendue, est infiltrée de granulations tuberculeuses miliaires et grisâtres. A sa surface, et au niveau même des ligaments croisés, existent quelques fausses membranes vasculaires et semées de *points miliaires*, grisâtres ou blanchâtres. Vues au microscope, ces fausses membranes présentent une trame fibroïde, des vaisseaux variqueux, des granulations formées par les amas de petites cellules, et des noyaux arrondis très réfringents, semblables à ceux que l'on trouve dans les granulations tuberculeuses.

Dans tous ces cas, à l'œil nu et au microscope, on a constaté l'existence de granulations tuberculeuses dans les articulations ; bien plus, la clinique nous a démontré la coïncidence fréquente de la lésion articulaire avec une lésion tuberculeuse du poumon : cette coïncidence nous paraît plaider fortement en faveur de la nature tuberculeuse de ces arthrites. La lésion spéciale semble être ici, comme dans la forme rhumatoïde, l'altération initiale sans intermédiaire possible.

On peut objecter que les malades renseignent mal,

et que les localisations scrofuleuses ont passé inaperçues : mais nous pouvons affirmer que, des cinq malades précédents, aucun n'avait trace de scrofules ni sur la peau, ni sur les muqueuses explorables, aucun n'avait accusé de scrofulides exsudatives ; l'oubli chez un malade est possible, mais l'examen de plusieurs malades diminue la chance d'erreur. Dira-t-on que c'est de la scrofule fixe ? De la scrofule sans scrofule ? nous tombons ici dans un cercle vicieux où nous ne voulons pas nous engager.

Nous concluons qu'il existe une tumeur blanche tuberculeuse, ne dérivant pas de la scrofule, et simulant complètement les tumeurs blanches classiques dites scrofuleuses.

L'histoire de ces arthrites fongueuses, leur histoire clinique permet donc d'établir qu'elles peuvent exister en dehors de la scrofule, leur anatomie pathologique nous prouve leur nature tuberculeuse.

C'est une altération qu'il faut enlever à la scrofule.

B. Un certain nombre d'ostéo-arthrites fongueuses primitives scrofuleuses sont tuberculeuses.

Rokitansky (1) regarde la substance caséuse de l'arthrite fongueuse comme de la matière tuberculeuse.

Bonnet (2) prononce le nom d'arthrite tuberculeuse, « L'anatomie pathologique oblige donc de détacher un certain ordre de maladies de celles que l'on a confondues sous le nom de maladies scrofuleuses. »

(1) Rokitansky. *Handbuch der patholog. Anat.* Vienne, 1845.

(2) Bonnet. *Traité des maladies articulaires.* Pat. IV, p. 18, 1845.

Nélaton (1) cite un cas d'arthrite tuberculeuse consécutive à une perforation de cavité osseuse tuberculeuse.

Bazin (2) signale le tubercule comme le produit normal des tumeurs blanches scrofuleuses.

Pour le professeur Panas (3), comme pour Nélaton, il n'y a que le tubercule enkysté de l'épiphyse qui puisse produire, à un moment donné, une sorte de pneumothorax articulaire avec suppuration, abcès, lésions diverses.

Volkmann (4), à qui l'on doit de belles études sur ce sujet, indique à l'article tumeurs blanches que, dans l'arthrite fongueuse scrofuleuse, on trouve sur la synoviale des granulations grises. En 1881, il publie des faits semblables. Volkmann (5), affirme encore que l'arthrite fongueuse est une manifestation purement tuberculeuse.

En 1869 Köster (6) constate des tubercules miliaires dans certaines arthrites fongueuses. En 1873, il signale les mêmes faits.

Debove (7) rapporte une observation dans laquelle une arthrite tuberculeuse du poignet coïncidait avec une tuberculose pulmonaire et génito-urinaire.

Roux (8), élève d'Ollier, en cite plusieurs observations.

Lannelongue (9) communique à la Société de chirurgie

(1) Nélaton. *Traité pathol. chirurg.*, t. II, p. 197.

(2) Bazin. *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, p. 819, 1861.

(3) Panas. *Dict. Médec. et Chir. pratiques de Jaccoud*, 1865. (Articulations ; tumeurs blanches.)

(4) Volkmann. *(Handbuch der Chirurg. Pitha Bilroth, 1865. — Centralblatt der Chirurg., 1881.*

(5) Volkmann (sur le caractère et la signification des arthrites fongueuses. *Sammlung clinisch Vorträge*, n° 168, 169, 1872).

(6) Koster. *Arch. Virchow*, 1869. — *Centralblatt*, 1873.

(7) Debove, 1873.

(8) Roux. *Thèse de Paris*, 1875.

(9) Lannelongue. *Mém. Soc. Chirurgie*, t. IV, 1878.

gie une observation avec détails histologiques. Depuis lors il n'a cessé, par ses élèves ou par lui-même, de généraliser ces faits.

Priou (1), en 1878, cite des observations empruntés à Lannelongue.

Bouilly (2) dans un bon travail résume l'état de la question.

Brissaud (3) admet l'arthrite tuberculeuse chronique, mais il pense qu'il existe des arthrites fongueuses en dehors des néoformations tuberculeuses.

Tous ces auteurs n'hésitent pas à considérer ces arthrites comme offrant des lésions tuberculeuses. Néanmoins leurs observations n'ont pu entraîner la conviction d'un certain nombre de cliniciens.

Signes. — L'arthrite débute par un léger épanchement ; puis apparaissent des fongosités qui déforment partiellement la région ; il s'y produit un empâtement périarticulaire avec des bosselures, un état sphérique de la jointure et une fausse fluctuation. Enfin, avec ou sans poussée aiguë, la peau s'amincit, se perfore et devient le siège d'une hernie fongueuse. A cette période, la terminaison, si elle est favorable, ne peut avoir lieu qu'avec ankylose.

Pour bien constater les lésions il est utile de les examiner à l'état frais. D'abord on voit à l'œil nu de petites agglomérations de tubercules miliaires qui apparaissent mieux encore sous l'eau. Mais parfois il est difficile de les apercevoir nettement, parce qu'ils ont le même indice de réfraction que le tissu fongueux, il

(1) Priou. Thèse Paris, 1878.

(2) Bouilly. Thèse Agrég., Paris, 1878. — Comparaison des arthropathies rhumat., scroful. et syphilitiques.

(3) Brissaud. Revue mens., méd. et chirurg., p. 457, 1879. Etude sur la tuberculose articulaire.

convient alors de faire des coupes histologiques afin de trouver le follicule tuberculeux isolé ou congloméré.

L'arthrite fongueuse débute dans la majorité des cas par une lésion circonscrite qui siège le plus souvent dans l'épiphyse. Cette lésion locale consiste en granulations groupées, il survient ensuite d'autres lésions secondaires (ostéite, carie, nécrose).

La période de ramollissement du foyer primitif est la période dangereuse : c'est à ce moment que se produisent les inoculations périphériques. Le foyer devient infectieux par propagation.

L'arthrite fongueuse est ordinairement secondaire et consécutive à une tuberculose osseuse. La lésion primitive de la synoviale est rare. Grâce à l'obligeance de M. Lan nelongue, nous avons pu examiner de nombreuses pièces qui confirment amplement ces propositions.

Le critérium anatomo-pathologique vient de nous démontrer qu'un certain nombre d'arthrites fongueuses primitives sont tuberculeuses.

Les bacilles spéciaux se rencontrent-ils dans les fongosités articulaires ? Nous avons vu nous-même qu'ils y sont beaucoup plus rares que dans les autres affections tuberculeuses ; il y a même des cas où ils paraissent manquer. M. Babesiu ne les a pas toujours rencontrés. Dans le cas de lésions anciennes, les bacilles peuvent ne plus exister : on ne les trouve que dans les points où le processus est actif ; ces points peuvent avoir échappé. Quoi qu'il en soit, on aperçoit les bacilles dans certaines arthrites fongueuses. Voilà donc encore des arguments en faveur de la nature tuberculeuse de certaines arthrites fongueuses.

Recherchons maintenant si le critérium expérimental est favorable à cette opinion.

Schüller a réussi à inoculer des fongosités articulaires et osseuses. Volkmann, Hüter, Konig ont rapporté des succès semblables, Kiener et Poulet (1) ont fait six expériences (animaux séparés avec un témoin dans la même cage); deux fois, ils ont inséré dans le tissu cellulaire sous-cutané les fongosités des tumeurs blanches, deux fois ils ont obtenu une tuberculisation généralisée. Chez les cobayes, les mêmes expérimentateurs ont injecté dans le péritoine du pus d'abcès froid tuberculeux, et ils ont vu survenir la tuberculose expérimentale; le même résultat a été obtenu encore par H. Martin en employant les fongosités provenant d'un trajet fistuleux des os de la main. Chez un sujet tuberculeux les mêmes auteurs démontrent que l'inoculation du tubercule peut produire des affections localisées, analogues aux affections scrofuleuses. Pour cela, ils injectent dans le tissu cellulaire, dans le testicule, des produits scrofule-tuberculeux, et ils voient se développer la tuberculisation locale, des ganglions caséux et, plus tard, une tuberculose généralisée. On peut donc suivre à son gré les progrès, la marche envahissante de la tuberculose expérimentale.

Ainsi les fongosités de certaines tumeurs blanches engendrent la tuberculose expérimentale. De plus, MM. Kiener et Charvot ont pu produire des lésions localisées analogues aux affections scrofuleuses. La donnée expérimentale confirme donc les résultats anatomiques.

Enfin la clinique montre-t-elle une différence entre l'arthrite fongueuse et l'arthrite tuberculeuse? Nous avons établi que l'arthrite tuberculeuse, type secondaire,

(1) Kiener et Poulet, Société médicale des hôpitaux, 11 février 1881.

pouvait engendrer des fongosités analogues à celles de certaines arthrites scrofuleuses, et que les symptômes étaient les mêmes.

Soit, direz-vous; il y a des tubercules, mais ils sont secondaires. Nous avons affaire à un scrofuleux qui devient tuberculeux. Cela est possible pour certains cas, mais cela n'est pas exact pour certains autres.

D'abord de puissantes raisons, dans les cas d'arthrite secondaire, font supposer qu'il s'agit de fongosités consécutives à la tuberculisation. De plus, M. Lannelongue a montré à la Société de chirurgie trois pièces de coxalgie au début. Dans l'une, il existait un tubercule cru; dans les deux autres, on voyait à l'œil nu des granulations dont la nature tuberculeuse a été démontrée, au laboratoire de M. Ranzier, par des histologistes compétents; dans ces cas, les fongosités partaient du tubercule, elles s'avanzaient jusqu'à la séreuse qui était seulement lésée en ces points. Le même auteur ajoute que l'inflammation des os est un fait secondaire, les tubercules apparaissent sans inflammation proprement dite.

Dernière objection: les sujets qui ont des arthrites fongueuses sont-ils des scrofuleux? Oui, dans certains cas; enfants et adultes ont eu des antécédents scrofuleux. Tout le monde est d'accord sur ce point, bien qu'on puisse discuter sur le degré de fréquence. Mais ces mêmes arthrites peuvent se produire en dehors de tout antécédent strumeux: on observe fréquemment des lésions tuberculeuses des os sans accidents scrofuleux proprement dits: gomme, ophthalmie, otite, adénite, etc.

Les lésions tuberculeuses des os sont souvent la première manifestation de la tuberculose, et l'on trouve alors plutôt des abcès tuberculeux indépendants du tissu

cellulaire. Dans les années qui suivent, on trouve encore des tubercules osseux, dans les maux de Pott (1), la coxalgie, dans lesspina-ventosachez des sujets desuperbe apparence et qui n'ont eu aucune manifestation scrofuleuse.

Un grand nombre d'abcès froids (Lannelongue), de gommes scrofuleuses (Josias, Brissaud), présentent des tubercules sur leurs parois.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer, près des cunernes osseuses ou des parois des abcès froids, des lymphangites et des phlébites de nature tuberculeuse.

Dans toutes ces affections scrofuleuses (adénites, ostéites, etc.), on voit survenir la tuberculose miliaire aiguë, qui coïncide soit avec une tuberculose du canal thoracique (Ponfick), soit avec une phlébite (Weigert).

En présence de ces faits, faut-il abandonner totalement ce que la tradition nous enseigne ? Nullement. Il est très possible que bon nombre d'arthrites fongueuses soient réellement scrofuleuses ; mais, avant de pouvoir l'affirmer, il faut les soumettre aux divers critériums décrits au début de ce travail.

La conclusion générale est que la tuberculose peut revendiquer un certain nombre d'arthrites fongueuses dites scrofuleuses.

L'école nosologique considère également comme scrofuleuses, les *synovites fongueuses*; or Lancereaux, G. Bouilly, Lannelongue, le professeur Trélat, Terrier et Verchère ont démontré qu'au moins un certain nombre étaient tuberculeuses.

Syphilis scrofuloïde osseuse.

Tibia Lannelongue.— Il existe des lésions syphilitiques du tibia, bien décrites par M. Lannelongue, et qui simu-

(1) Il ne faut point confondre ces maux de Pott tuberculeux avec ceux qui ont une origine syphilitique (le prof. Verneuil, le prof. Fournier).

lent tout-à-fait les altérations considérées autrefois comme sûrement scrofuleuses. Nous avons pu, à deux reprises, en suivre les différentes phases.

Première phase. — Chez un enfant jeune de 4 à 8 ans, en général, on voit se produire du gonflement épiphysaire semblable à celui décrit chez les nouveau-nés par M. le professeur Parrot.

Les douleurs sont très légères au début; elles ne deviennent intenses que plusieurs mois après. Les douleurs continues sont modérées, mais ordinairement elles sont *paroxystiques*, plus souvent nocturnes que diurnes.

En explorant l'os avec les extrémités digitales, on sent du gonflement; la règle est que le processus débute par une des extrémités supérieures ou inférieures, puis s'étend à la diaphyse.

« Le gonflement de l'os, dit M. Lannelongue (1) prend la forme des hypérostoses, et il amène une augmentation du volume et de la longueur de l'os. Le siège de ces hypérostoses est la région des diaphyses voisine des épiphyses, point où l'activité nutritive est extrêmement accentuée; de cette région le travail néoplasique se prolonge le long des diaphyses, suivant une marche centrale ou périphérique ».

L'os change de forme, le bord du tibia devient une face sur laquelle on sent des nouures séparées par des dépressions, la surface même de ces proéminences est inégale. L'os est douloureux à la pression, sa longueur est accrue.

L'évolution de ces déformations a une physionomie assez spéciale, il y a *des temps d'arrêt*, puis de nouvelles

(1) Lannelongue. Bull. de la Soc. de chirurg., 1881, p. 391, T. VII.

poussées se manifestant avec un appareil de symptômes douloureux.

Deuxième phase. — Dans bon nombre de cas toutefois, ces altérations n'aboutissent qu'à des déformations permanentes et incurables rappelant de loin le rachitisme. Après plusieurs mois, quelquefois plus longtemps, il se forme des abcès avec issue d'esquilles, la suppuration est interminable : on croit à une carie scrofuleuse et on laisse la lésion s'étendre. Enfin, si l'on intervient avec le traitement mixte d'abord, et ensuite avec l'iode de potassium longtemps prolongé, on améliore, on guérit un certain nombre de lésions, mais l'os conserve sa forme défectueuse avec une plus grande densité. De plus, il reste à la face antérieure du tibia après la guérison des cicatrices indélébiles, adhérentes. Quand plus tard on examine ces malades, il semble qu'il s'agit de cicatrices scrofuleuses d'autant plus que les malades racontent qu'il y a eu de la suppuration, que des os sont sortis.

Quand le tibia présente bien tous ces caractères, on peut faire le diagnostic probable : je dis probable, car il existe des ostéo-périostites subaiguës qui s'accompagnent d'un certain nombre de ces signes et qui ne paraissent pas syphilitiques (1). Ce sont alors les antécédents qui mettent sur la voie.

Un groupe assez nombreux d'affections chroniques des os, nécroses et caries surtout, ont pour origine une ostéomyélite aiguë, qui n'a jamais guéri ou qui n'a guéri que temporairement. Jadis on faisait de ces sujets des scrofuleux. M. Lannelongue a établi que ces

(1) Simon Duplay. Soc. chir. 1881, p. 393. T. VII.

Quinquaud

sujets ont eu une maladie aiguë grave, une ostéomyélite des os, laquelle a laissé un reliquat, ne se manifestant que dix ans, vingt ans plus tard par de l'ostéite chronique ou des caries qui n'ont rien de scrofuleux ; l'os avait en lui des traces indélébiles des anciennes lésions, et ces traces ont provoqué une nouvelle poussée.

A. — *Le lupus.*

Le lupus, avec ses variétés tuberculeuses et érythématouses, avait été reconnu scrofuleux par Mercuriali, Alibert, Rayer, Baudelocque, Milcent, Devergie, le professeur Hardy, Bazin, et toute l'école française.

D'autre part, jusqu'à ces derniers temps, en Allemagne, on écrivait que le lupus peut survenir chez des sujets sains, aussi bien que chez des scrofuleux, et que dans ce dernier cas il n'avait rien de spécial ; actuellement les uns en font une tuberculose locale, les autres adoptent l'opinion ancienne ou en font une scrofulide, ou bien une manifestation ou une dégénérescence de syphilis héréditaire.

Pour nous, le genre lupus comprend des affections disparates au point de vue de leur nature ; on peut les diviser en : 1^o lupus scrofuleux ; 2^o lupus syphilitique, et 3^o lupus de nature inconnue.

Le lupus de Willan est le plus souvent scrofuleux, parfois il est syphilitique ; dans certains cas, sa nature est inconnue ; son origine syphilitique peut paraître douteuse ; cependant le professeur Fournier nous a cité un exemple de lupus qui avait été scarifié à Saint-Louis avec nombreuses récidives et qui avait fini par guérir à l'aide de l'iodure de potassium. Un des ascen-

dants directs de ce lupeux avait eu la syphilis avant son mariage. C'est là une étude à reprendre.

Le lupus scrofuleux est-il une tuberculose locale?

Friedlander (1) trouve des nodules caséux dans les ganglions de la région affectée et considère le lupus comme une tuberculose locale, parce qu'on y voit le tubercule élémentaire. Volkmann (2), Koster (3), Lang (4), Stilling (5), Schüller (6) admettent la même opinion, tandis que Hardy, Vidal, Auspitz et Pick la combattent; de même Essig (7), Baumgarten (8). Le critérium *microbique* n'a pas été essayé ici avec assez de netteté pour qu'on puisse conclure.

Appliquons la même méthode que dans les autres affections.

Le critérium anatomo-pathologique démontre qu'il existe des follicules tuberculeux dans le lupus; mais nous savons qu'il y en a également dans la syphilis et dans d'autres affections de nature différente. A eux SEULS, ces follicules ne peuvent fixer la nature du lupus.

Le critérium expérimental conduit à des résultats contradictoires: d'un côté Schüller a produit la tuberculose expérimentale par l'injection du liquide de cul-

(1) Friedländer. Recherches sur le lupus. *Virchow's Arch.*, vol. 60, 10 avril 1874.

(2) Volkmann. Lupus et Tuberculose. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1875.

(3) Köster. *Centralblatt*, 20 décembre 1873.

(4) Lang. In *Wiener Jahresbericht*, 1875 et 1876.

(5) Stilling. *Deutsche Zeitschrift für Chirurg.*, vol. VIII, 1878.

(6) Schüller. *Centralblatt für Chirurg.*, 1880. Des rapports de la tuberculose et du lupus.

(7) Essig. Recherches sur l'histologie path. du lupus. *Arch. d'Heilkunde Jahrgang*, XV, 1874.

(8) Baumgarten. *Centralblatt für Chirurg.*, 1880.

ture du lupus, mais ses injections dans la trachée et les bronches nous paraissent être une *méthode défectueuse* ; Hueter aurait également produit la tuberculose de l'iris en inoculant du lupus. D'un autre côté, Baumgarten, Kaposi, Kiener, Vidal, Leloir et Malassez, en opérant dans de bonnes conditions, n'ont rien obtenu.

Faut-il déduire de ces derniers résultats que le lupus n'est pas de nature tuberculeuse ? M. Malassez (1) a fait voir combien il serait irrationnel de conclure dans ce sens sans restriction.

On sait, en effet, que des résultats négatifs en fait d'inoculation ne prouvent pas la non virulence de la matière inoculée ; d'ailleurs, le virus peut être atténué de façon à ne plus donner de résultats positifs, les conditions n'étant pas favorables.

Le *critérium clinique* nous laisse également indécis. M. Vidal (2) et d'autres se refusent à voir dans le lupus une tuberculose locale parce qu'il existe déjà une *tuberculose cutanée* qui n'offre pas les mêmes allures ; ce sont de petites tumeurs avec croûtes isolées, puis confluentes, ne s'accompagnant pas de grandes douleurs ; puis surviennent des ulcération jaune rougeâtres granuleuses, peu saignantes, avec des bords polycycliques avec ganglions tuméfiés, coexistant souvent avec des tubercules dans les poumons ; elles présentent des ulcération et des granulations tuberculeuses types, que l'on ne rencontre pas dans le lupus.

Toutefois rien n'empêcherait que le lupus fût une autre variété de tuberculose cutanée ; d'ailleurs, comme nous le démontrerons plus loin (2^{me} partie), le lupus

(1) Sur la nature du lupus tuberculeux. C. r. de la Soc. de biologie, p. 857, 30 décembre 1882.

(2) Annales de dermatologie 1882.

peut accompagner ou suivre la phthisie pulmonaire (Besnier, Lailier).

Voici, à ce sujet, quelques réflexions fort justes de M. Ern. Besnier (communication écrite) :

L'opinion qui règne généralement au sujet des rapports du lupus et de la phthisie pulmonaire, et d'après laquelle ces rapports seraient nuls, est une de ces opinions sans fondement qui sont admises encore aujourd'hui sur la parole du maître, et nullement sur une étude sérieuse des faits.

Cette étude est tout entière à refaire avec des documents nouveaux ; elle est laborieuse, car pour la faire complète, il faut prendre les lupeux à la naissance, déterminer leur hérédité directe et latérale, les suivre dans leur descendance, et surtout les observer après la guérison du lupus ; ce dernier point est capital, je vais dire tout à l'heure pourquoi.

Rien n'est si commun que de trouver la tuberculose dans la famille des lupeux, la scrofuleuse dans toutes ses manifestations. Chez le lupeux, quelle que soit son APPARENTE santé, rien n'est plus aisé à un observateur *patient* et sagace que de trouver les traces directes de la scrofuleuse. Très rares sont les exceptions. Toujours la scrofuleuse et la tuberculose se mélangent si intimement dans les séries héréditaires, que j'ai, depuis longtemps, associé les deux mots qui représentent les deux choses, et que j'appelle les lupeux des scrofuleo-tuberculeux. Malgré les apparentes négations des plus récentes expérimentations sur les lapins et les cochons d'Inde, j'attends sans inquiétude la confirmation, même expérimentale, de la vérité. Trop de fois j'ai vu ce que les expérimentateurs n'ont pas pu réaliser, l'AUTO-INOCULATION, l'AUTO-INFECTIION des lupeux devenant phthisiques, pour conserver le moindre doute à cet égard. Telle était l'opinion qui se professait publiquement avant les récentes confirmations de l'histologie.

Que l'on observe, à nouveau, avec la maturité et l'expérience nécessaires, avec le concours indispensable du temps, et l'on constatera, comme moi, la filiation régulière des écrouelles dites scrofuleuses, des gommes scrofuleo-tuberculeuses dites abcès froids, et du lupus à la phthisie pulmonaire.

Ce qui a, sans doute, dérouté l'observation, c'est que les actes de cette série pathologique ne sont pas *simultanés*, mais successifs, et que les lésions pulmonaires ne se démasquent, d'ordinaire,

que plus ou moins longtemps APRÈS *l'extinction* des foyers ganglionnaires, hypodermiques ou dermiques.

Reste à fixer le degré de fréquence. Nous n'en sommes pas là, et il faut collectionner les faits avant de les compter.

La guérison *rapide* des lupus, telle que nous l'obtenons aujourd'hui, soit par la cautérisation à l'aide du nitrate de plomb ou du bromure de potassium après dénudation à l'aide de la vésication, (procédé qui m'est personnel), soit par les scarifications linéaires, soit par la cautérisation ponctuée ou linéaire (en hachures) avec le thermo ou l'électro-cautère (procédé que j'expérimente en ce moment), n'est peut-être pas sans avoir *activé* la marche des actes pathologiques et a, peut-être, contribué à brusquer le dénouement.

Aucun des critéums ne suffit donc pour préciser la nature tuberculeuse du lupus, et cela parce que l'étude n'en a pas encore été poursuivie assez complètement ; nous concluons que le lupus est un genre d'affection cutanée dont la nature présente encore bien des obscurités, que ses relations scrofuleuses ne doivent pas être oubliées du médecin, et que sa nature tuberculeuse n'est pas encore démontrée.

Concluons donc, avec M. Malassez, que, dans l'état actuel de nos connaissances, ni la clinique, ni l'anatomie pathologique, ni l'expérimentation, ne nous donnent la solution certaine du problème, qui est cependant soluble avec nos méthodes actuelles ; il suffirait de découvrir dans les produits lupeux le *bacille* propre à la tuberculose, de le cultiver, d'en faire des *cultures en série* et des *inoculations en série*, enfin de compléter la démonstration par l'étude des antécédents des malades et par la destinée ultérieure des lupeux.

B. — *Angines scrofuleuses.*

Ces angines sont-elles de nature tuberculeuse ? Voyons d'abord ce que nous apprend le critérium *clinique*.

Les angines scrofuleuses se partagent en angines bénignes et en *angines graves*, que l'on subdivise en *primitives* et en *secondaires* ; les dernières accompagnent parfois des scrofules de la peau et sont de même nature. Mais comme l'origine de certaines scrofules de la peau est controversée, il conviendra de remettre à l'étude les lésions de la gorge.

Les *angines scrofuleuses malignes*, scrofulides malignes de la gorge, coexistent dans certains cas avec un lupus de la face, parfois elles existent isolément ; rarement il se produit un lupus facial consécutif. Ces angines se caractérisent par des lésions élémentaires diverses, isolées ou réunies : la *lésion érythémateuse* s'y montre livide, rouge, violacée, vineuse, avec quelques vénosités, d'un aspect luisant ; sa sécheresse est remarquable : sur ce fond apparaît un état granuleux, papuleux, dont l'étude doit être reprise par les nouveaux procédés. L'état *tuberculeux* (dans le sens Willanique) est représenté par une hypertrophie avec bourgeonnement de la muqueuse, qui est bosselée, couverte de gros mamelons séparés par des sillons : il en résulte un aspect végétant, *mûriforme*. Nous insistons sur cette apparence spéciale, car nous ne la trouvons pas au même degré dans la syphilis : *donc en présence d'une angine qui occupe la luette, le voile du palais, le pharynx, et dont l'aspect est framboisé, granuleux mûriforme, il faut songer à la scrofule.* C'est peut-être la seule angine de ce groupe qui soit scrofuleuse.

L'histoire de ces angines appartient à notre époque, mais malgré d'importants travaux, il y subsiste encore de nombreuses obscurités.

Depuis qu'on sait mieux étudier les syphilis anciennes, les syphilis héréditaires tardives, le champ de l'angine *scrofuleuse ulcèreuse primitive* se restreint de plus en plus. Nous avons été témoin cette année même, dans le service du professeur Fournier, d'un exemple de ce genre : le malade offrait une angine ulcèreuse, que des médecins éminents considéraient comme scrofuleuse. Le malade a guéri rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Nous avons la conviction qu'un certain nombre d'angines dites scrofuleuses, ulcérées, sont de nature syphilitique.

D'ailleurs la même discussion se reproduit toutes les fois qu'on se trouve en face d'une lésion dont le diagnostic est assez difficile pour que les plus experts en la matière ne parviennent pas à se mettre d'accord.

Dans quelques cas, il se fait une *atrophie* semblable à celle de certains lupus de la peau ; il faut alors songer également à certaines variétés d'épithélioma. Enfin l'ulcération, tantôt atone et torpide, à fond jaunâtre et adipeux, tantôt recouverte d'une sorte de couenne coriace à peine humide, présente quelquefois un fond bourgeonnant.

Tous les livres répètent que les ganglions sont indemnes ; le fait n'est pas exact. Les ganglions ne sont pas aussi volumineux que dans l'adénite scrofuleuse, mais on y découvre à la coupe des points miliaires cassés. La muqueuse est souvent lisse, aride, sèche, ou bien gonflée, chagrinée : les *phénomènes douloureux sont nuls ou peu accusés.*

Les angines *tuberculeuses* ne peuvent guère être l'ob-

jet d'une confusion. D'abord celles qui surviennent dans le cours ou à la fin de la phthisie présentent des ulcérations limitées et sont accompagnées de *sensations douloureuses très pénibles*, qui n'existent pas dans la scrofule.

Dans l'angine tuberculeuse miliaire aiguë, les saillies mamelonnées sont plus pâles que dans l'angine scrofuleuse, les crachats visqueux font défaut et il n'y a pas d'adhérences des piliers et de la luette. La douleur est vive dans la première, elle est nulle dans la seconde. Dans la scrofule la dysphagie est légère quand elle existe ; elle est parfois absolue dans la tuberculose, la gorge finit par présenter une surface saignante et suppurante, la dysphagie est alors extrême, les douleurs sont intolérables et le malheureux malade se voit condamné à mourir de faim ; sa voix est affectée d'un enrouement à timbre nasonné. Tantôt la lésion pulmonaire est primitive, tantôt elle est secondaire.

Il y a donc moyen de distinguer l'angine tuberculeuse dans ses formes communes, classiques, des lésions dites scrofuleuses. Il serait possible toutefois que les tubercules du pharynx prissent des allures voisines de celles de certaines angines scrofuleuses. Avant les travaux d'Isambert, on ignorait la forme miliaire aiguë ; avant Bayle, Ricord et Jullien, on méconnaissait les ulcérations chroniques tuberculeuses. L'étude des angines scrofuleuses doit donc être reprise au point de vue anatomique et expérimental, afin d'essayer de distinguer les angines tuberculeuses de celles qui ne le sont pas.

Plus souvent qu'on ne le croit, on confond des angines syphilitiques tertiaires avec des angines scrofuleuses et même tuberculeuses ; pourtant certaines remarques permettent de les distinguer dans la majorité des cas.

Il ne faudrait jamais perdre de vue que les signes objectifs n'ont qu'une valeur secondaire; ce sont des signes mineurs. Assurément, l'ulcère scrofuleux présente des bords moins nettement entaillés, plus déchiquetés, moins adhérents que l'ulcère de la gomme, son fond est plus rouge, plus saignant, moins jaune, plus granuleux; il débute par le pharynx avant d'envahir le voile; mais ne lisons-nous pas dans Bazin que « rien n'est plus variable que les caractères objectifs des ulcérations scrofuleuses en général? » Il vaut beaucoup mieux avec M. le professeur Fournier, s'appuyer:

1° Sur la nature des antécédents du malade. Dans la syphilide gommeuse il y a des antécédents syphilitiques et des accidents syphilitiques actuels possibles; dans l'angine scrofuleuse, on retrouve des antécédents scrofuleux ou au moins les attributs de la constitution scrofuleuse, il y a d'ailleurs possibilité d'accidents scrofuleux actuels.

2° Sur les antécédents de la lésion. Dans la gomme syphilitique, on voit apparaître une tuméfaction indolente, dure, rouge, sans signes fonctionnels; puis tout à coup l'ulcération est produite; il y a en même temps explosion de troubles fonctionnels. Cette marche particulière est presque pathognomonique de la syphilis. Dans la scrofule, les troubles fonctionnels se présentent lentement et sont proportionnels aux dégâts.

3° Sur l'évolution générale. Dans la syphilis, l'évolution est rapide, de moindre durée, à surprises; dans la scrofule, l'évolution est chronique, progressive, continue, sans secousses, sans fracas.

4° Sur l'influence du traitement spécifique. Les modifications sont très rapides dans la syphilis sous l'influence de l'iodure de potassium; dans la scrofule, l'io-

dure de potassium est inactif ou son action est si lente, si médiocre, que cette insuffisance du médicament concourt également à assurer le diagnostic.

Quant aux angines superficielles, elles coexistent souvent avec la scrofule.

Le critérium anatomo-pathologique clinique a été seul mis en usage pour étudier les angines scrofuleuses et il conduit à la distinction des angines scrofuleuses et tuberculeuses. Cette division doit être acceptée jusqu'à ce que l'étude de la texture et l'expérimentation soient venues en démontrer l'insuffisance.

C. — Scrofule ganglionnaire.

On a englobé, sous le nom de ganglions scrofuleux, des altérations de nature variée; les unes dépendent de la syphilis, les autres sont tantôt tuberculeuses, tantôt scrofuleuses et de bien d'autre origine.

En 1842, Lebert cherchait à montrer que la tuberculisation glandulaire était une complication chez les scrofuleux; le critérium anatomo-pathologique de Lebert était incertain.

M. Hérard (1) a écrit que les 19/20 des ganglions strumeux contiennent de la matière tuberculeuse.

En 1850, alors que Virchow établit sa dichotomie en ne conservant le caractère tuberculeux qu'à la granulation de Laënnec, la plupart des adénopathies furent considérées comme scrofuleuses parce qu'elles contenaient une matière caséeuse inflammatoire.

Rilliet et Barthez montrent que sur 249 phthisiques on

(1) Soc. d'hydrologie, 1859.

ne trouve que seize fois la granulation grise dans les ganglions bronchiques dégénérés.

La dualité de ces adénites eut un règne fort court, même en Allemagne. Schüppel signale la présence de la cellule géante dans le ganglion scrofuleux, auquel il attribue, d'après cela, une nature tuberculeuse.

En France MM. Cornil et Ranzier (1) pensent que la tuberculose des ganglions lymphatiques est très commune. A l'œil nu, sur une coupe, on ne voit pas toujours les granulations qui ne font pas un relief notable sur la section. Le plus souvent ce sont des îlots gris ou gris jaunâtres, plus opaques (granulations confluentes), plus secs que le reste de la coupe ; les anciens sont jaunes et casseux. Leur siège ordinaire est le tissu reticulé des follicules au voisinage de la capsule. Au début, cellules lymphoïdes, puis oblitération des vaisseaux capillaires et formation de cellules géantes. Le tissu des granulations des ganglions est donc très voisin du tissu reticulé normal ; il se fait une inflammation des sinus et du système caverneux qui sont distendus par de grosses cellules granuleuses.

En outre on voit des îlots formés de grosses cellules lymphatiques à contenu colloïde, enfin des lésions inflammatoires, transformation fibreuse du tissu reticulé qui se montre à l'œil nu sous la forme d'îlots clairs, transparents. La suppuration et la transformation caséuse y sont fréquentes. La dégénérescence caséuse peut exister également dans la syphilis.

Parfois dans la scrofule on voit une adénite interstitielle généralisée et des îlots clairs transparents, strumeux.

Köster (2) trouve presque toujours un grand nombre de tubercules miliaires dans les ganglions scrofuleux.

M. Thaon (Progrès médical 1878, p. 22) écrit ce qui suit : « Le type des affections strumeuses, l'affection nécessaire pour beaucoup de médecins, sans laquelle il ne saurait y avoir de maladie scrofuleuse, l'écruelle

(1) Manuel d'hist. path., p. 652, 1881.

(2) Centralblatt, n° 58, 20 décembre 1873.

ganglionnaire, doit être considérée comme appartenant à la tuberculose. »

Il compare ces lésions à celles des ganglions bronchiques : le fait n'est pas absolument exact, on trouve parfois au cou des ganglions scrofuleux qui n'ont ni la structure ni l'aspect des ganglions tuberculeux si fréquents au hile et dans le mésentère.

D'après ces données anatomo-pathologiques, il existe deux espèces de ganglions chez les scrofuleux, les uns sont tuberculeux, les autres ne le sont pas.

Que décide le critérium *microbique*? Il favorise cette distinction ; Klebs, Cohnheim, Koch ont rencontré des bacilles dans les ganglions strumeux, mais ils ne les y ont pas constamment trouvés. Nous avons pu nous-même constater la justesse de cette assertion. Y aurait-il certaines variétés d'adénites chez les scrofuleux qui ne seraient pas tuberculeuses? Les études ultérieures jugeront la question.

Si nous en appelons maintenant au critérium purement *expérimental*, nous apprenons que la matière de certains ganglions scrofuleux est inoculable, comme en témoignent les inoculations de Villemin, Bollinger, Colas ; mais le succès n'est pas constant.

Enfin Koch, H. Martin ont produit la tuberculose en inoculant le liquide de culture renfermant des bacilles qui provenaient de ganglions scrofuleux fraîchement extirpés.

En outre, les injections, les *inoculations* produisent des lésions analogues à la scrofule. Un certain nombre d'adénites scrofuleuses sont donc tuberculeuses.

Le critérium *clinique* vient corroborer ces faits en nous montrant la coïncidence fréquente de l'adénite cervicale et de la phthisie : 22 fois sur 49 d'après

Lebert. De plus, nous faisons voir dans la seconde partie de ce travail que l'adénite est tantôt primitive, tantôt consécutive à la phthisie, ce qui démontre les liens étroits qui les unissent.

En résumé, l'anatomie pathologique, la présence de bacilles, l'expérimentation et la clinique démontrent qu'un certain nombre d'adénopathies dites scrofuleuses sont tuberculeuses. Koch lui-même, après ses expériences, conclut dans le même sens.

Les méthodes actuelles d'investigation permettent donc de faire rentrer dans la tuberculose des lésions ganglionnaires dites scrofuleuses ; mais il en existe encore d'autres qu'il faut retrancher de la scrofule ; étudions-en quelques-unes.

D. — *Scrofuloïde de Montanier et de Maisonneuve.* —

Scrofulate de vérole de Ricord. — *Ecrouelles syphilitiques* (1).

L'adénopathie syphilitique tertiaire se manifeste tantôt par des adénites d'apparence simple, tantôt par des gommes ganglionnaires qui suivent l'évolution des 4 périodes décrites par M. le professeur Fournier et qui dans ces 4 phases peuvent simuler la scrofule : nous ne voulons insister que sur ces gommes ganglionnaires.

Pendant la phase aphlegmasique, le ganglion, s'il est peu volumineux et indolent, sans changement de coloration à la peau, et roulant sous le doigt, n'est aperçu que par hasard par le malade. Puis survient le ramol-

(1) Verneuil. (Archives de médecine, 1867, et Dictionnaire encycl. des Sc. médicales, t. II, art. Aine). — Dissante Lavillate. (Considérations sur l'adénopathie tertiaire. Thèse de Paris, 1871). — Cornil. (Leçons sur la syphilis, 18^e). — Ramage. (Gommes ganglionnaires. Thèse de Paris, 1880.)

lissemement, il est parfois tel qu'il simule une collection liquide demi-fluctuante ; grand est le désappointement quand après l'incision on ne voit rien sortir ; si on attend l'évolution spontanée, les téguments deviennent roses, la peau s'amineit, adhère au ganglion comme dans un abcès, on aperçoit alors l'aspect jaunâtre du tissu sous-jacent. Enfin, le point culminant s'ouvre, laisse échapper une matière purulente, jaune verdâtre ou un liquide visqueux, filant, ayant la consistance d'une solution de gomme ou de gélatine contenant des grumeaux où l'on découvre de la graisse, des hématies et des globules blancs. En examinant le cratère, on voit une matière solide, blanchâtre, comparée à de la chair de morue : c'est le tissu mortifié du ganglion. L'ulcération présente alors un fond gris jaunâtre, à bords nettement entaillés, peu ou point décollés, à aréole rouge cuivré ou rouge violacé, qui laisse échapper un pus ichoreux ; parfois à la surface, on observe des croûtes brun verdâtre demi-humides. C'est à cette époque qu'on les rencontre assez souvent ; alors les sujets offrent une *physionomie scrofuleuse* avec des écrouelles.

Si l'on administre le traitement spécifique les ulcéra-
tions se détergent, le fond se nettoie, les bords se dépriment, et lorsqu'il existe à côté 1 ou 2 ganglions, ils diminuent de volume, puis tout se répare.

Le siège ordinaire est la région inguinale, cervicale et sous-maxillaire.

Enfin, la coïncidence avec d'autres syphilides permet de faire le diagnostic.

Certaines écrouelles strumeuses surviennent chez des personnes à constitution spéciale, elles ont une marche beaucoup plus lente que dans la syphilis, parfois elles aug-

mentent de volume pendant des années de manière à atteindre un volume considérable. A l'époque de leur inflammation, elles n'ont pas la teinte bronzée de la syphilis, mais une couleur livide, violacée; on trouve plusieurs points de ramollissement, la tumeur présente plusieurs orifices, des fistules étroites d'où sort un pus blanchâtre, mal lié. Le pus est moins concrétionné que dans la syphilis. De telle sorte que les croûtes rocheuses, peu humides, appartiennent plutôt à la syphilis.

Malgré tous ces caractères, l'œil du clinicien le plus exercé ne peut parfois distinguer l'écrouelle syphilitique et l'écrouelle scrofuleuse; pour faire sûrement le diagnostic, il faut employer la pierre de touche, c'est-à-dire le traitement spécifique.

Dans le cas de syphilis, l'amélioration est rapide, dans le cas de scrofule, l'amélioration, si elle se produit, est à longue échéance.

Voici, d'ailleurs, des exemples qui confirment les propositions précédentes.

OBSERVATION I (personnelle, résumé).— Ecrouelles syphilitiques.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, entré le 24 avril 1880 dans mon service à l'hôpital Cochin (annexe), lit n° 3.

Cet homme, qui n'a jamais présenté d'accidents strumeux, a eu un chancré il y a douze ans et, depuis, plusieurs manifestations syphilitiques.

Depuis trois mois, il présente au cou une tumeur, formée probablement par des ganglions, qui a grossi peu à peu et qui siège derrière le sterno-cléido-mastoïdien droit. Sur cette tumeur on voit trois petites ulcérations disposées en fer à cheval, peu profondes et paraissant appartenir à des gommes cutanées, tandis que quelques ulcérations qui siègent au niveau des ganglions sont plus profondes. Il y a peu de décollement. Le ramollissement a été beaucoup plus rapide que dans les tumeurs strumeuses: un stylet introduit dans l'ulcération principale pénètre as-

sez profondément et, par la pression, on fait sourdre un pus grisâtre, peu abondant.

Quelques jours après l'entrée à l'hôpital, une autre partie de la tumeur augmente beaucoup de volume, la peau rougit et s'amaigrît malgré le traitement spécifique auquel on soumet le malade. La masse ganglionnaire seule a beaucoup diminué.

On ouvre la tumeur, il en sort un pus très épais. Dans les premiers jours de juin, l'ouverture persiste sans tendance à la cicatrisation; en même temps, il se forme une seconde tumeur, sur laquelle on voit rougir la peau; mais le malade, sur sa demande, quitte l'hôpital.

En résumé, nous ne pouvons rattacher ces lésions ganglionnaires, ni à une lésion locale, ni à la scrofule, ni à l'adénie, ni à une lésion tuberculeuse ou cancéreuse du poumon, en sorte que l'on arrive par exclusion au diagnostic d'une lésion syphilitique des ganglions.

OBSERVATION II (due à M. le professeur Fournier, résumé). — Syphilis contractée il y a dix ans. Ulcérations gommeuses scrofuloïdes. Guérison.

La nommée M..., âgée de 30 ans, est entrée le 28 janvier 1880, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 4. (Service de M. le professeur Fournier).

Pas d'antécédents strumeux. Douleurs rhumatismales il y a deux ans. Depuis apparition d'accidents hystériques qui persistent encore (chutes, convulsions, hallucinations, délire érotique, etc.).

Cette malade aurait contracté la syphilis en 1870. Elle a perdu ses cheveux et a eu des tâches sur le corps, des glandes au cou, des maux de gorge, des boutons aux parties, etc.

Il y a deux ans environ des croûtes se sont montrées sur les jambes et dans le dos et quelques-unes sont revenues l'été dernier. Jamais la malade n'a suivi le traitement spécifique.

A la suite de privations et de souffrances auxquelles elle a été soumise pendant cet hiver, elle a vu apparaître sur la joue droite une sorte de petit clou qui a grossi peu à peu et s'est ouvert il y a trois semaines environ. Depuis quinze jours un autre s'est montré sur la cuisse du même côté.

On aperçoit en effet, au niveau de l'angle de la mâchoire droite, deux plaies à bords tuméfiés, rouges bruns, à centre creux sup-

purant et couvert de croûtes jaunâtres, sur une base dure, arrondie, sans adhérences avec les parties profondes.

Sur la cuisse droite, dans la région antéro-interne, il y a une place d'aspect ecthymateux, ulcérée, profonde, de la largeur d'une pièce de cinq centimes.

Les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. Quelques tâches brunâtres ou croûteuses anciennes sur les lombes et sur les fesses, pas de périostoses.

Le siège et l'aspect des lésions de la face rappellent tout à fait les écroutelles scrofuleuses ; mais la lésion de la cuisse est tellement significative que le diagnostic est immédiatement redressé. Il s'agit évidemment ici de lésions gommeuses revêtant l'aspect scrofuleux.

On met la malade à l'iodure de potassium ; dès le 4 février, l'amélioration est notable.

Le 8 février, les bords de la plaie du cou sont moins décollés ; les tissus moins fongueux reprennent un peu de fermeté et il y a une certaine tendance à la cicatrisation. La gomme est en nappe et n'occupe que l'épaisseur de la peau, pas d'engorgement ganglionnaire.

L'ulcération de la cuisse devient une plaie plate, rouge et bourgeonnante.

Une syphilide pustuleuse apparaît sur les lombes.

Le 24 février, la malade est à peu près guérie, mais son état mental est toujours le même. (La pièce représentant les gommes est inscrite dans la collection particulière de M. Fournier sous le n° 4).

Bien plus, dans la *syphilis héréditaire*, on peut voir survenir des adénites scrofuleuses, lésion qu'il faut retrancher de la scrofule, car elles se modifient rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

C. — *Scrofule dans l'armée.*

Lorsqu'un soldat prend un abcès froid, une adénopathie cervicale, on pense à la scrofule ou à une cause accidentelle pour expliquer ces lésions. Dans bon nombre de cas, il s'agit de tuberculose.

Les recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales du professeur Gaujot, de Kiener et Poulet, Charvot, prouvent que les ostéo périostites avec abcès froids, les caries et les ostéites coïncident avec des tubercules et que leurs produits inoculés avec soin transmettent la tuberculose.

D'un autre côté, la clinique ne s'oppose pas à cette manière de voir. Nous montrerons, dans la seconde partie, que chez les soldats la tuberculose des ganglions peut être primitive et la phthisie pulmonaire secondaire ; que la réciproque se présente également.

Objectera-t-on que souvent l'adénopathie cervicale existe sans que la phthisie survienne ? C'est fort exact, mais alors c'est que la tuberculose localisée externe, la colonie externe a guéri ; il ne faut pas invoquer le fatalisme de Laënnec pour la tuberculose. On sait aujourd'hui que des tuberculoses externes, en colonies, peuvent guérir du moins momentanément.

D'ailleurs un certain nombre de ceux qui ont eu des écrouelles deviennent tuberculeux plus tard, ou bien ils ont aux sommets de légères lésions tuberculeuses qui passent inaperçues.

Voici une petite statistique personnelle : Sur quinze soldats phthisiques âgés de 23 à 25 ans, huit ont d'abord eu des adénites cervicales suppurées ou non, deux ans avant les signes de tuberculose pulmonaire. Direz-vous que ce sont des scrofuleux devenus tuberculeux ?

Mais un seul avait eu des scrofulides exsudatives ; de plus l'expérimentation nous montre que souvent ces ganglions inoculés engendrent la tuberculose expérimentale.

Dans l'état actuel, il est difficile d'affirmer qu'il s'agit toujours de tuberculose, mais il est certains cas qui lui

appartiennent. Nous ne pouvons nier l'existence de la scrofule des soldats ; nous voulons seulement montrer que souvent le diagnostic doit être tuberculeuse et non scrofule.

D. — *Scrofule des prisons.*

Déjà, en 1820, Broussais (1) rappelait qu'on voit souvent la scrofule chez les prisonniers. Après un à deux mois, dit le Dr de Beauvais (2), on voit les prisonniers présenter des adénites cervicales. D'un autre côté, M. le Dr Bancel, médecin de la maison centrale de Melun, signale la scrofule cervicale comme très fréquente et débutant 6 à 8 mois après l'arrivée dans la prison ; la plupart de ces scrofuleux meurent phthisiques (Deligny) (3) : cette phthisie ne présente pas les caractères de la forme classique de la phthisie dite scrofuleuse : son début est brusque et sa marche rapide. Il y a donc des raisons pour penser que souvent il s'agit de *tuberculose ganglionnaire* et non de *scrofule*. Toutefois, avant de l'affirmer, il faudra soumettre ces adénites au critérium anatomo-pathologique et expérimental : dans deux cas nous avons pu constater l'existence de granulations tuberculeuses sous-capsulaires et de nodules blanc jaunâtres, non vascularisés, dans le centre du ganglion. L'injection dans le péritoine d'un cobaye a produit une tuberculisation généralisée.

E. — *Scrofule des vieillards.*

Les scrofules des *vieillards* (adénites ostéite, carie, né-

(1) Broussais. *Doctrines médicales.*

(2) De Beauvais. *(Communication écrite.)*

(3) Deligny. *De l'adénopathie cervicale des scrofuleux.* Thèse de Paris, 1876.

croise abcès froid, tumeurs blanches) sont souvent d'origine tuberculeuse : la mort est le plus souvent due à la phthisie (Bourdelais). La 1^{re} colonie tuberculeuse (adénite, carie, tumeur blanche) en produit une seconde (tuberculose pulmonaire). Mes recherches personnelles confirment ce point. De plus nous avons vu, dans 5 cas d'adénite, de tumeurs blanches, et d'ostéite, coexister des *granulations tuberculeuses* types, et les lésions inoculées à des cochons d'Inde ont déterminé une tuberculose expérimentale.

§ 4. — *Délimitation, conception nouvelle de la scrofule.*

Si nous jetons un coup d'œil en arrière, nous constatons que les travaux de notre époque ont accompli un réel progrès en détachant de la scrofule un certain nombre de lésions localisées. Elles étaient confondues sous le nom de scrofule de la mamelle, scrofule des organes génitaux, des os et des articulations, des synoviales et de la gorge; on les a rattachées, soit à la tuberculose, soit à la syphilis.

Mais faut-il faire rentrer dans la tuberculose toutes les adénopathies, tous les abcès froids, toute, les arthrites fongueuses, toutes les caries, tous les lupus, toutes les angines scrofuleuses ? Assurément non, le domaine de la scrofule, après avoir été restreint par les efforts de la critique anatomo-pathologique, expérimentale et clinique, reste encore fort vaste. Sera-t-il encore amoindri ? Nous l'ignorons, ce serait faire acte d'impatience que de conclure à la suppression totale de la scrofule; l'œuvre des siècles ne se détruit pas en quelques années.

Il n'est pas contestable que l'application des procédés

techniques les plus nouveaux et les plus sûrs a conduit audéme mbrément de la scrofule au profit de la tuberculose; mais l'étude des lésions dites scrofuleuses est à peine commencée à ce point de vue : il est donc difficile, dès à présent, de délimiter exactement ce qui doit rester en propre à la scrofule et ce qui revient à la tuberculose. Bien qu'on lui ait enlevé un certain nombre d'affections, la scrofule conserve encore un champ fort étendu. L'avenir nous apprendra où s'arrêtent ses véritables frontières; il serait prématué, dans l'état actuel de la science, de prétendre les fixer d'une façon précise.

La scrofule garde encore : 1^o parmi les lésions de la peau, les scrofulides exsudatives de Bazin, qui sont des lésions atténuées de la scrofule, certains lupus érythémateux, peut-être le lupus tuberculeux, les scrofulides pustulo-crustacées, l'impétigo rodens ; 2^o comme affections des muqueuses, les angines superficielles, la variété grave mûriforme, les coryzas chroniques (il faut en retrancher certains coryzas caséux qui nous semblent tuberculeux); 3^o certaines adénopathies, qui surviennent chez les jeunes enfants lors des premières manifestations de la scrofule; 4^o plusieurs affections osseuses, périostiques et articulaires, certaines tumeurs blanches, certaines arthrites longueuses, des abcès froids, dans lesquels ni l'anatomie pathologique ni l'expérimentation n'ont fait découvrir de tubercules.

Facies scrofuleux. — Il n'est pas jusqu'à la physionomie dite scrofuleuse qui ne puisse être rencontrée dans d'autres affections. Jetons les yeux sur un enfant qui présente une hypertrophie ganglionnaire cervicale avec ou sans ulcérations, qui est affecté de kératites interstitielles, ou otites (parfois il est aveugle et sourd). Supposons

que son état coïncide avec un arrêt de développement, il est petit, un peu rabougrí, son cou est court ; on dit en le voyant : c'est un scrofuleux.

Mais en recherchant dans les antécédents, on découvre que le père a eu la syphilis, que 2, 3, 4 de ses enfants sont tous morts en bas âge, *polyléthalité* (Fournier) ; et l'enfant qui reste présente les caractères indiqués ci-dessus. En outre, il a des cicatrices fessières, ses dents incisives médianes sont *naines*, les supérieures sont comme poinçonnées ou pincées à leurs extrémités libres ; les mamelons des molaires sont comme usés, le tissu en est fragile ; on y trouve les types d'Hutchinson très marqués ; parfois les dents de la mâchoire inférieure et supérieure tombées, sauf les incisives et les canines ; les commissures labiales sont le siège de cicatrices, le nez est effondré et les bosses frontales sont proéminentes. Le pubis est glabre ainsi que les aisselles, les doigts sont parfois en massue, les oreilles violacées ; s'il s'agit d'une jeune fille, elle n'est pas menstruée, ses seins ne sont pas développés.

Certes il s'agit probablement là de syphilis héréditaire tardive. Les travaux d'Hutchinson, de l'École française, de Ricord, de Rivington, du professeur Fournier, d'Ilorand (in thèse d'Augagneur, Lyon), plaident en faveur de cette opinion ; les adeptes deviennent donc de plus en plus nombreux.

Que l'on adopte l'idée d'état hybride (Ricord, Montanier et Maisonneuve), de dégénérescence scrofuleuse ou de véritable syphilis héréditaire, il est en tout cas certain que ces accidents sont justiciables du traitement spécifique.

Depuis qu'à l'hôpital Saint-Louis, on soumet les scrofuleux aux procédés d'investigation actuels, les vrais

scrofuleux deviennent de moins en moins nombreux : *les uns se classent parmi les tuberculeux, d'autres parmi les syphilitiques.*

Cependant les sujets dont les lèvres supérieures sont épaisses, ceux qui ont des narines étroites, les extrémités froides, violacées, bleuâtres, de l'adénopathie cervicale, qu'ils soient blonds ou bruns avec le type grec des juives (scrofule noire, de M. Fournier), à tête trop petite ou trop grosse, surtout dans la région occipitale, le front bas, tempes aplatis, face pâle ou comme plaquée de rouge, les traits gros ; ceux-là appartiennent réellement à la catégorie des scrofuleux.

Lésion protoplasmique et lésion hématique. — Dans la scrofule bien caractérisée, nous avons pu constater la *pléthora protoplasmique* cellulaire : les éléments des parenchymes contiennent, sans altération amyloïde, trois ou quatre fois plus d'azote qu'à l'état normal (dosage par la méthode de Dumas).

Quant à la lésion du sang, elle consiste en une diminution très modérée du nombre des hématies, mais surtout en une *désharmonie* du rapport de l'hémoglobine à ces mêmes globules ; ainsi chez les scrofuleux, on a un chiffre relativement notable de globules, et cependant l'hémoglobine est en faible proportion, la *charge* de chaque hématie a diminué ; ajoutons qu'une bonne hygiène, que l'air marin augmentent cette charge parfois dans l'espace de trois semaines ; le fait est évident.

Troubles dans l'hématose. — Chez le scrofuleux sans lésion pulmonaire, avec des écrouelles et le facies spécial ou avec quelques gourmes dites scrofuleuses, on observe souvent une diminution de la fonction respira-

toire. Ainsi, à l'état physiologique, le taux moyen d'exhalation d'acide carbonique pour 50 litres d'air respirés en dix minutes est de 2 gr., 30 pour une personne de 20 ans et subit quelques variations au-dessus et au-dessous de cet âge (dosage par la méthode de Gréhant et Quinquaud (1) : chez les scrofuleux, dans les mêmes conditions, on ne trouve plus que 1 gr. 50 et même 1 gr. 20; dans 3 cas nous n'avons trouvé qu'un gramme. Ainsi la scrofule, délimitée comme nous l'avons fait, présente un ensemble de caractères qui ne permettent pas de la confondre avec la tuberculose.

(1) Comptes rendus, Académie des sciences, 1882.

DEUXIÈME PARTIE

Étude clinique.

CHAPITRE IV

CHAPTER IV.

Coïncidence de la scrofule et de la phthisie pulmonaire.

De tout temps, les auteurs de tous les pays ont été en grande majorité d'accord pour signaler, au moins chez l'adulte, la grande fréquence de la phthisie chez les scrofuleux. C'est ce que nous montrent les annales de la science depuis Sylvius Deleboë et Morton, jusqu'aux auteurs les plus récents; toutefois, si l'on recherche des observations précises et des statistiques établissant ce fait avec la précision de la science actuelle, on reste étonné de la pénurie des documents. Le tubercule pulmonaire n'est assurément pas rare chez les scrofuleux; mais nous estimons qu'il y a eu une certaine exagération, parce que l'on a classé, parmi les scrofuleux, des sujets qui ne l'étaient pas, et ces sortes d'erreurs persistent encore aujourd'hui.

Il suffit qu'un enfant soit affecté d'une éruption à la tête ou à la face pour qu'il soit jugé scrofuleux; or les éruptions chez les enfants tiennent à tant de causes et sont si diverses qu'il est impossible de ne pas faire des

distinctions dans ces manifestations cutanées et de leur attribuer à toutes une origine scrofuleuse, alors même qu'elles persistent. La pathologie cutanée de l'enfance est, en effet, aussi variée que celle de l'adulte.

Pour qu'on soit en droit de donner à des affections cutanées le nom de scrofulides, il faut : 1^o que la constitution soit scrofuleuse; 2^o que ces affections appartiennent à des genres particuliers; 3^o que, se produisant sans cause appréciable, elles offrent une marche chronique et des caractères cliniques spéciaux, bien connus des dermatologues.

Néanmoins nous devons tenir compte des observations des auteurs parce qu'elles nous montrent que, de tous temps, les scrofuleux ont paru spécialement enclins à la phthisie pulmonaire.

Sydenham (1), un des premiers, entrevoit la relation de la phthisie avec la strume : « Quelques-uns, dit-il, « des malades atteints de phthisie et qui sont revenus « à la santé..... ont été attaqués d'une tumeur au cou « qui ressemblait fort aux tumeurs scrofuleuses. »

Morton (2) est d'avis que la coïncidence est si fréquente qu'il y a rapport de cause à effet; il existait donc pour lui une phthisie scrofuleuse.

On lit dans *Kortum* (3) : « Ceux-là sont plus exposés « aux ulcérations du poumon qui, dans leur enfance « ou dans leur jeunesse, ont été atteints de tumeurs « glandulaires; aux régions boréales, les phthisies « scrofuleuses sont prédominantes. »

(1) *Sydenham Œuvres complètes*, p. 329, 1680.

(2) *Morton, Opera medica* (1^{re} édition, 1689).—*Editio novissima* Lugduni, 1737, t. 1^{er}. — *Tractatus de phthisi*.

(3) *Kortum, Commentarius de vitio scrofuloso*, p. 256.

Portal (1), *Baumes* (2), *J. Franck* (3), admettent cette grande coïncidence.

Laënnec (4) signale les tubercules pulmonaires comme assez fréquents chez les scrofuleux.

Broussais (5) a vu qu'en Hollande les soldats lymphatiques deviennent plus rapidement phthisiques qu'en Italie.

L. Ch. Roche (6) dit : « Presque tous les enfants qui « périssent par les scrofules ou par le carreau meu- « rent en même temps phthisiques. »

Baudelocque (7) fait remarquer que les scrofuleux présentent beaucoup plus souvent des tubercules que les individus chez lesquels il n'est apparu aucune trace d'écrouelles.

Pour *Louis* (8), les sujets scrofuleux paraissent plus prédisposés que les autres à la phthisie.

Guersant (9) dit qu'on voit très fréquemment les scrofuleux périr de phthisie bronchique, pulmonaire ou mésentérique.

Marjolin (10) écrit : « Il n'est pas rare de voir l'affection scrofuleuse extérieure se porter à l'intérieur et occasionner des tubercules du poumon ; c'est ainsi que,

(1) *Portal. Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1792.

(2) *Baumes. Traité de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1805.

(3) *J. Franck. Traité de path. int.*, traduction de Bayle, Paris, 1857.

(4) *Laënnec. Traité de l'auscultation médiate*, p. 455.

(5) *Broussais. In Gendrin. Histoire anatomique des inflammations*, p. 587. Paris, 1826.

(6) *L. Ch. Roche. Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, p. 44, 1835.

(7) *Baudelocque. Études sur les causes, la nature, le traitement des maladies scrofuleuses*, p. 204.

(8) *Louis. Dict. en 30 vol.*, art. *Phthisie*.

(9) *Guersant. Dict. en 30 vol.*

(10) *Marjolin. Cours de pathologie chirurgicale*. Paris, 1836.

de 15 à 30 ans, on verra beaucoup de sujets qui, dans leur enfance, avaient présenté quelques signes de scrofule succomber à la phthisie tuberculeuse. »

Lugol (1), un des meilleurs auteurs qui aient traité de la scrofule, a même exagéré la fréquence de la phthisie chez les scrofuleux : tous les scrofuleux, dit-il, sont tuberculeux ; la mort naturelle des scrofuleux a lieu par la poitrine. N'est-ce pas là l'opinion de Friedländer, de Köster ?

D'après *Danjoy* (2), il est un point sur lequel presque tous les auteurs s'accordent : ce sont les connexions intimes de la phthisie et de la scrofule.

Les maladies tuberculeuses, dit *Hardy*, se développent plus fréquemment chez les scrofuleux, parce qu'elles y trouvent un terrain favorable, mais elles ne sont pas sous la dépendance de la scrofule, car elles se manifestent souvent en dehors de cette diathèse.

On lit dans *Niemeyer* (3) : « Les adultes qui ont été scrofuleux dans leur enfance, et chez lesquels la vulnérabilité qui constitue la scrofule n'est pas éteinte, offrent une disposition marquée aux pneumonies qui se terminent par phthisie. »

Pour *Castan* (4), la scrofule constitue un terrain éminemment propre à la production de la tuberculose ; c'est ainsi qu'on voit mourir de phthisie des individus dont l'enfance a été atteinte de manifestations scrofuleuses multiples.

(1) *Lugol. Recherches et observations sur les causes des maladies scrophuleuses*, Paris, 1844.

(2) *Danjoy. Thèse de Paris*, 1862.

(3) *Niemeyer. Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire*, traduction par Culmann, Paris, 1867.

(4) *Castan. Traité des diathèses*, p. 89. Montpellier, 1867.

Suivant *Sognès* (1), s'il n'y a pas de ressemblance entre la scrofule et la phthisie, il faut reconnaître que la scrofule est une des causes les plus puissantes de la phthisie.

La scrofule, dit le professeur *Jaccoud*, peut tuer par phthisie caséeuse.

On a dit, écrit *Howard* (2), que les personnes qui ont été scrofuleuses dans leur jeunesse deviennent souvent tuberculeuses à un âge plus avancé. Je crois que ces faits se présentent, mais seulement dans la minorité des cas ; toutefois ils sont assez multipliés pour faire penser à une connexion fréquente des deux maladies.

D'après *Birch-Hirschfeld* (3), la nutrition générale souffre habituellement dans le cours de la scrofule, et la tuberculose pulmonaire s'ajoute souvent à la strume.

Degré de fréquence. — On a beaucoup déprécié les statistiques ; elles sont pourtant un excellent moyen de se rapprocher de la vérité, pourvu que les cas observés soient nombreux, le nombre diminuant alors les chances d'erreur. Il conviendrait aussi de ne composer les statistiques qu'avec des éléments de même ordre. Ne pouvant remplir ici ni l'une ni l'autre de ces conditions dans toute leur rigueur, nous nous contentons de signaler quelques documents qui ont leur intérêt.

Dans la statistique de Lebert, sur 614 individus ayant des engorgements tuberculeux des glandes externes et des maladies scrofuleuses diverses, 439 des deux sexes étaient atteints de scrofulides (affections cutanées, ophthalmies, affections ostéo-articulaires) sans tuber-

(1) *Sognès. Etiologie de la phthisie.* Thèse de Paris, 1868.

(2) *Howard. On Scrofula.* Saint-George's Hosp. Rep., t. V, 1870.

(3) *Birch-Hirschfeld. Handbuch path.* Ziemssen, t. XIII, 1879.

culles ; les 2/7 des sujets avaient donc des tubercules, et les 5/7 en étaient exempts.

En outre, sur les 175 autres, 37 étaient atteints de tuberculose pulmonaire. La proportion est de 1 sur 4,7, tandis que, suivant d'Espine, on aurait environ 1 tuberculeux sur 15 sujets non choisis. Il y aurait, d'après cela, relation entre la scrofule et la phthisie.

D'après la *statistique d'Aran* (1), le tempérament lymphatique est celui qui prédispose le plus à la phthisie.

Hommes : sur 206 phthisiques, 163 avaient un tempérament lymphatique, 43 divers.

Femmes : sur 121 phthisiques, on comptait 115 lymphatiques et 6 diverses.

Scrofule et phthisie suivant les âges. — D'après les relevés de Lebert : sur 52 cas de scrofuleux, 28 avaient des tubercules externes ou internes de 10 à 15 ans, 33 de 5 à 10 ans, et, sur 46 de 15 à 20 ans, 25 avaient des tubercules. Lebert en conclut que c'est surtout de 10 à 20 ans que les scrofules se compliquent de tubercules.

Pour *Bazin* (2), les scrofuleux adultes succombent souvent à la phthisie pulmonaire : « Cette affection peut survenir à tout âge ; je l'ai plus fréquemment observée chez l'adulte que chez l'enfant ou chez l'adolescent ; elle m'a paru plus fréquente chez l'homme que chez la femme. »

Coulon (3) écrit dans sa thèse : « D'après ce que j'ai vu, la phthisie est rare chez les enfants scrofuleux : sur 130 enfants atteints de la scrofule osseuse, je n'en ai rencontré que 3 qui fussent phthisiques.

Gillette répétait souvent qu'il rencontrait dans son

(1) Aran. In thèse Serrailler, p. 10, 1867.

(2) Bazin. *Traité théorique et pratique de la scrofule*, 1861.

(3) Coulon. *De la scrofule*. Thèse de Paris, 1861.

service peu d'enfants scrofuleux atteints de tubercules : c'est aussi l'avis de M. Bergeron. ^{Se rapporte à ce} Les scrofules sont à l'enfant ce que les tubercules sont à la jeunesse (Bouchut) (1).

Chez l'enfant, Horand (2), qui a pu soigner 1,210 scrofuleux, pense que la phthisie est beaucoup moins fréquente qu'on ne le dit ; nombre d'enfants guéris depuis longtemps de manifestations locales ne présentaient aucune trace de phthisie. ^{Il rapporte que, au contraire}

Le Dr Cazin de Berck dit aussi que la phthisie n'est pas fréquente chez les enfants scrofuleux, plus fréquente cependant que chez ceux qui ne le sont pas (communication orale).

De même chez les soldats, dits scrofuleux, la phthisie n'est pas commune : ce sont d'autres formes de tubercules qui se produisent (Laveran, L. Colin, Vallin, Charvot, l'École du Val-de-Grâce.)

Ajoutons maintenant à tous ces faits nos propres recherches.

Dans une statistique (3) qui a porté sur 182 tuberculeux, actuellement en traitement dans les hôpitaux de Paris, nous avons constaté des antécédents strumeux chez 76 de ces malades, soit 41 p. 100.

Sur ces 182 tuberculeux, il y avait 127 hommes et 55 femmes. 43 hommes accusaient des manifestations scrofuleuses diverses ; les femmes qui présentaient ces accidents étaient au nombre de 33.

En rapportant ces chiffres à 100, nous voyons qu'il

(1) Bouchut. In thèse Kimmewel, Paris, 1859.

(2) Horand. Lyon médical, 1876.

(3) Nous tenons à remercier MM. Cornil, Cuffer, Férol, Balzer, Gaillard, Lacombe, Huchard, Potain, Rendu, Roques, Tenneson et leurs internes MM. Rabniski, Boueclin de Gennes, Girode, Malécot, Sapelier, et Thibierge qui nous ont fourni les éléments de cette statistique.

y aurait 60 femmes scrofuleuses sur 100 tuberculeuses et seulement 32 hommes, ce qui donnerait un scrofuleux sur 2,4 tuberculeux : chez les hommes, 1 sur 3 ; chez les femmes, 1 sur 1,7.

Il serait donc facile de conclure à la grande fréquence des antécédents scrofuleux chez les tuberculeux. Mais n'oublions pas que nous avons pris ou fait prendre les antécédents à la façon traditionnelle ; le malade a été mis au rang des scrofuleux chaque fois qu'il a eu des éruptions à la tête avec ou sans adénopathies, ou bien quand il a présenté une affection suppurée des os. C'est là un mode vicieux d'opérer : il faudra dorénavant, avant de déclarer un sujet scrofuleux, y apporter plus de soin ; car il est probable que la phthisie chez les vrais scrofuleux est plus rare qu'on ne l'a dit. Malheureusement il y a des difficultés, d'une part, parce que la lumière n'est pas faite sur les affections cutanées infantiles que l'on englobe sous le nom général de scrofulides exsudatives, d'accidents scrofuleux de l'enfance ; d'autre part, parce que, parmi les accidents dénommés franchement scrofuleux, un certain nombre appartiennent, comme nous l'avons vu, à la tuberculose et non à la scrofule.

A quelle époque survient d'ordinaire chez les scrofuleux la phthisie pulmonaire ?

Loi générale : c'est au moment de la puberté, ou un peu plus tard, mais elle peut se manifester dans l'enfance et pendant la première période de la scrofule.

La phthisie se produit encore à la suite de longues suppurations strumeuses, c'est la phthisie *par épuisement* qui s'accompagne assez souvent de dégénérescence amyloïde. D'autrefois la phthisie pulmonaire est concomitante de manifestations scrofuleuses.

Après la cessation des affections scrofuleuses, lorsqu'il semble que la scrofule est guérie, il apparaît souvent, au bout d'un temps plus ou moins long une nouvelle série d'accidents, et, parmi eux, la phthisie pulmonaire. Elle peut se produire à une époque plus avancée, par exemple à l'époque critique chez la femme, à un âge correspondant chez l'homme.

La phthisie peut se manifester dans toutes les *formes* de la scrofule, mais elle est plus fréquente dans le scrofule ganglionnaire et dans les formes graves. Cependant on a écrit que la scrofule grave extérieure excluait presque la phthisie. Ce qui a pu tromper, c'est que parfois les grosses lésions scrofuleuses paraissent atténuer les accidents pulmonaires qui restent latents, ou passent inaperçus; cependant il faut noter qu'on voit rarement la vraie phthisie pulmonaire succéder à une coxalgie ou à un mal de Pott non suppuré, ou aux affections osseuses; dans ces circonstances, les ganglions ne se prennent pas, du moins, le fait n'est pas fréquent: ce sont d'autres formes de tuberculose qui apparaissent.

Conditions qui favorisent le développement de la phthisie chez les scrofuleux. — Les variations brusques de température sont favorables à l'évolution de la tuberculose. Ainsi l'on observe plus de phthisies chez les scrofuleux au printemps et en automne qu'en hiver. Dans le midi, les stations maritimes de Voltri, Celle, Loanno, Sestri-Levante, M. Cazin nous a rapporté que les docteurs Bo, Pieri, Bistri, qui observent dans ces localités, sont d'avis que la phthisie y est fréquente, peut-être en raison des variations de température entre le matin et le soir.

Nous venons de voir que la scrofule a une influence sur le développement de la phthisie; leurs rapports

dans des conditions diverses, étudiés précédemment, prouvent, de plus, que le scrofuleux peut engendrer le phthisique, d'ailleurs, dans la même famille, on peut voir des enfants dont les uns sont scrofuleux, les autres tuberculeux.

Thilo (1) rapporte que sur 74 scrofuleux observés à la clinique d'Esmark, 29 avaient eu des générateurs phthisiques : pour cet auteur, la scrofule des enfants dérive de la phthisie des parents.

La grande question de la *transformation* des dia-thèses a été beaucoup agitée, nous ne voulons pas nous y arrêter ; mais on a voulu distinguer, d'après les données de l'hérédité la scrofule de la tuberculose ; nous doutons que l'on y soit parvenu. On naît scrofuleux, et l'on devient tuberculeux, dit notre collègue Landouzy (*Comment et pourquoi on devient tuberculeux ? Progrès médical*, 19 août 1882), le fait est souvent vrai ; mais on naît également tuberculeux, la preuve c'est qu'on trouve dans les poumons des nouveau-nés des noyaux caséux, (Copland, le professeur Parrot) qui engendrent la tuberculose expérimentale. Voici d'ailleurs les propres paroles de M. Villemin (*Gaz. hebd.* 1875, p. 677) : « Des faits que je suis entrain [de recueillir] me démontrent que l'hérédité n'est pas celle d'une simple disposition, mais une transmission effective de la maladie absolument comme dans la syphilis. Beaucoup d'enfants naissent réellement tuberculeux comme d'autres naissent syphilitiques et présentent des explosions plus ou moins tardives ou précoces, certains naissent en possédant des lésions apparentes ou cachées, soit dans le système lymphatique ganglionnaire, soit dans les

(1) De la fréquence des manifestations scrofuleuses dans les familles de phthisiques. Inaug., dissertation., Kiel, 1875.

« poumons ou les autres organes. C'est ainsi qu'on trouve parfois dans les autopsies, même d'enfants « jeunes, des altérations anciennes, casées, sur les- « quelles Buhl a attiré l'attention, et dont quelques « unes remontent à la vie fœtale ou ont suivi au moins de « près la naissance. » Les données sur l'infection fœtale à travers le placenta par les microbes (Strauss, Chamberland) (1) ne pourraient donner une lueur d'explication que pour les faits dans lesquels un scrofulo-tuberculeux engendre un phthisique; car les cas où le scrofuleux non tuberculeux engendre un tuberculeux échappent à l'interprétation microbique, ce serait tout au plus une raison en faveur des unicistes, à moins que l'on admette la dégénérescence des diathèses.

CHAPITRE V

Manifestations scrofuleuses et phthisie.

§ 1. — Adénopathie scrofuleuse et phthisie pulmonaire.

Quelle que soit la théorie adoptée, on ne peut nier la coïncidence assez fréquente de l'adénopathie scrofuleuse avec la phthisie pulmonaire. Il est une règle médicale qu'il importe de mettre ici en relief, c'est la suivante : la phthisie pulmonaire survient après l'adénopathie strumeuse. Nous distinguerons deux ordres de faits. Ordinairement l'adénopathie scrofuleuse précède les symptômes de la phthisie; Morton, ses succès-

(1) Soc. biolog., 1882.

seurs, la clinique de tous les jours, nous montrent des cas semblables. Mais il arrive parfois que le tubercule envahit les poumons avant l'apparition de l'adénopathie externe. La coïncidence fréquente est notée à tous les âges ; M. Bourdelais (1), sur seize cas de scrofule des vieillards, note six fois la tuberculose pulmonaire.

PREMIÈRE CATÉGORIE. — *Cas où l'adénopathie a cessé ou est atténuée depuis des années.* — Tous les médecins demandent à leurs malades phthisiques s'ils ont eu antérieurement des glandes hypertrophiées à la région cervicale ; car il est de tradition que les adénopathies strumeuses prédisposent à la phthisie.

Voici une statistique que nous avons pu faire, grâce à l'obligeance de nos collègues des hôpitaux et de leurs internes : sur 182 phthisiques nous en trouvons 39, c'est-à-dire 22 p. 100, 1 sur 4,1 ou qui ont présenté dans leurs antécédents des adénopathies, ce qui ne veut pas dire que ces 22 p. 100 étaient scrofuleux ; car on a compté comme tels tous ceux qui disent avoir eu des éruptions à la tête et des ganglions au cou.

DEUXIÈME CATÉGORIE. — *Cas où l'adénopathie précède de peu, ou accompagne, ou suit la phthisie pulmonaire.* — Voici comment les choses se passent : un homme jeune encore, à la suite de fatigues, de défaut d'aération, d'encombrement, de mauvaise alimentation, de manque d'exercice (les soldats, les prisonniers), sent une augmentation de volume des ganglions ; ordinairement ce sont les ganglions cervicaux qui sont atteints, parfois les ganglions inguinaux ou axillaires. Il se fait

(1) Bourdelais. *Sur quelques observations de scrofule chez le vieillard.*
Thèse de Paris, 1876.

une tuberculisation primitive des ganglions, des mois se passent sans grand changement dans la santé générale, qui parfois est atteinte dès le début ou antérieurement.

Bientôt apparaît une débilitation générale, le malade pâlit, les forces diminuent, des troubles digestifs se manifestent, enfin surviennent une légère dyspnée et de la toux. A l'auscultation, on trouve une expiration prolongée et quelques craquements. A partir de ce moment la fièvre commence, les forces déclinent, l'amincissement s'accentue, puis la cachexie survient, et le malade succombe à la consommation pulmonaire. L'autopsie démontre une tuberculisation des ganglions, du poumon, et parfois d'autres organes. Souvent même les lésions pulmonaires ne sont pas bien considérables.

Voici une autre marche qui est plus fréquente. L'école du Val-de-Grâce, avec sa phalange de travailleurs (Villemin, L. Colin, Gaujot, Laveran, Kiener, Vallin, Charvot, Poulet) a déjà élucidé plusieurs points de la maladie granuleuse.

L'évolution de ces formes serofuloïdes de tuberculose se fait de la manière suivante : Pendant la première année, le terrain de culture se prépare, le soldat se délite, vers la fin il présente des bronchites, des pleurésies, qui dans certains cas coïncident avec des abcès froids pectoraux, considérés à tort par Leplat comme dépendant de la pleurésie. Toutes ces lésions sont tuberculeuses.

Dans le cours de la deuxième année on voit survenir des lésions osseuses ganglionnaires, etc. Un bel exemple de cette marche est rapporté par M. Charvot (1).

(1) *Étude clinique sur un cas de tuberculose chirurgicale suraiguë.*
éphéméride hebdomadaire, 1882.

Les affections osseuses récidivent sur place ou se généralisent ; la phthisie est relativement rare, presque jamais on ne voit de phthisie casséeuse ; ordinairement il s'agit de granulie (Charvot, Vallin, communications orales). Ces altérations surviennent souvent sans antécédents strumeux, au cours d'une santé en apparence excellente.

Supposez cette évolution plus lente, et vous aurez ce qui se passe chez les adultes.

Parfois chez les enfants, la scrofulo-tuberculose débute par les ganglions sous-maxillaires, puis les ganglions carotidiens sont pris, et le processus s'étend aux ganglions bronchiques ; le malade succombe avec quelques granulations dans le poumon.

Ces faits me paraissent signalés de longue date, mais ils n'ont pas assez frappé l'attention des médecins. Cullen s'exprime de la façon suivante : « Très souvent à l'époque où la phthisie apparaît, nous observons des tuméfactions ganglionnaires qui évoluent chez les phthisiques.

Voici des observations à l'appui :

OBSERVATION I (1). — Tuberculisation primitive des ganglions du cou. Amélioration considérable. Nouvelle poussée, leur suppuration (Ecrouelles tuberculeuses). Démonstration clinique de la nature de l'affection, par l'apparition d'une phthisie pulmonaire. Amélioration considérable faisant espérer une guérison.

Ory, Emile, 41 ans, maréchal des logis. Pas d'antécédents héréditaires ni strumeux.

En 1863 il remarqua, après un travail de terrassement, qu'il avait une petite tumeur dans l'aine droite. Il fut traité par des badigeonnages à la teinture d'iode, ce traitement dura un mois.

De 1863 à 1871 sa santé fut bonne, mais en 1878 apparut une

(1) Clavelin. Tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte. Thèse de Paris, 1881. Obs. dues à Lancereaux et à L. Colin.

tumeur siégeant au-dessus de la première, elle fut de même que celle-ci traitée par les badigeonnages à la teinture d'iode.

En septembre 1879, cette seconde tumeur se mit à suppurer puis la plaie se ferma et la première tumeur se mit à grossir. Le malade entra au Val-de-Grâce, fut soigné d'abord par M. Colin, ensuite par M. Strauss, qui ordonna des applications de pâte de Vienne aux parties internes et externes de l'aine.

On constate alors de légers craquements au sommet gauche, pas d'hémoptysies ni de sueurs nocturnes.

Le 26 février 1880. M. Chauvel constate un décollement profond sur la plaie de côté interne de l'aine et fait appliquer sur ce point la pâte de Vienne.

Les autres plaies se ferment, mais la plaie qui présente le décollement ne se cicatrise pas.

Le 2 avril 1880. Le malade va en convalescence, il est porteur de 3 fistulettes siégeant en dehors de la dernière plaie. Trois autres fistulettes ne tendent pas à s'ouvrir. Le malade part pour prendre des bains de mer et y reste 62 jours ; pendant son séjour dans cette ville son état général est bon, les forces lui reviennent, la bronchite disparaît.

Le 20 septembre. Il rentre à l'hôpital pour un décollement siégeant à la partie interne de l'aine, au milieu d'une fistule non fermée.

Le 12 octobre. nouveaux débordements à la pâte de Vienne. Cette médication amène la chute d'une coque ganglionnaire blanchâtre. Après la chute de la coque la plaie se cicatrise.

Le 22 février 1881, l'état général est bon, le malade a des alternatives de diarrhée et de constipation, touffe quelquefois ; voix enrouée. Pas d'expectoration sensible, sueurs nocturnes assez abondantes, facies phthisique au début.

Son un peu voilé à gauche, sub-matité dans la fosse sous-épineuse droite. A l'auscultation, râles muqueux mêlés de râles plus secs au sommet gauche. Pas de souffle, voix un peu renforcée, la toux y résonne plus qu'à droite. Rien au poumon droit, sauf quelques râles de bronchite.

Au milieu du pli de l'aine entre deux cicatrices on sent une tumeur roulant sous le doigt, apparue depuis quelques jours. Il reste aussi entre la partie interne et la partie médiane du pli de l'aine une fistule qui donne issu à un liquide de consistance gommeuse.

Le 28. La fistule fermée, le malade sort en novembre. Après six mois de séjour à Nice, les plaies sont cicatrisées.

Rien à l'auscultation ni à la percussion. Etat général excellent.

Quinquau.

Cette observation donne un exemple de tuberculose localisée à un groupe de ganglions; il s'agit d'un homme de 41 ans, sans antécédents scrofuleux. Les premières tumeurs diminuent sous l'influence de la teinture d'iode.

L'année suivante, elles augmentent de volume et se mettent à suppurer. A la même époque on signale une bronchite intense datant de dix-huit mois. Craquements au sommet gauche. Sous l'influence d'un traitement général approprié et d'une saison aux bains de mer, l'état général s'améliore. Nouvelle apparition de tumeurs sur lesquelles on fait des applications de pâte de Vienne. Destruction des tumeurs et chute de la coque ganglionnaire. Sueurs nocturnes, facies de phthisique, râles muqueux. Traitement local et général. La résolution des tumeurs se fait peu à peu. Départ pour Nice, retour en très bon état, les fistules sont taries et la maladie semble être enrayée dans les poumons, qui, à diverses reprises, avaient donné des signes manifestes de tuberculose.

OBSERVATION II. — Tuberculose primitive des ganglions lymphatiques.

Phthisie consécutive avec tubercules et caverne à droite.

Vandel Victorine, journalière, 21 ans, entrée le 26 janvier 1881; décédée le 22 juillet dans le service de M. Lancereaux.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a eu 3 enfants, un est mort, les deux autres ont eu des gourmes. Fausse couche, il y a 3 ans. Depuis l'âge de 15 ans la malade est faible et anémique, les règles ont disparu depuis six mois à la suite d'une contrariété; elles étaient régulières avant cette époque, mais ne duraient qu'un jour. Depuis là disparition des règles, la malade a pâli et maigri.

Il y a trois mois, elle a eu des grosses tumeurs au cou, de la diarrhée; aujourd'hui on constate des tumeurs vues sous le sterno-mastoïdien et dans le creux sus-claviculaire. Elle commence à tousser depuis une dizaine de jours.

Le 31. L'amaigrissement fait des progrès, les ganglions grossissent.

3 février. Quintes de toux, vomissements glaireux, rien à la poitrine.

Le 24. Transpiration abondante, quintes de toux survenant surtout le soir et vers les 5 heures du matin, et suivies de vomissements.

Le 13. La malade tousse beaucoup. Dyspnée le soir.

Le 17. Le foie déborde de trois travers de doigt. Les ganglions augmentent. Quintes de toux.

7 avril. La malade est atteinte de scorbut, pendant tout le mois on ne constate rien au poumon.

6 mai. Râles au sommet gauche. Diminution de l'élasticité et tonalité assez élevée à ce sommet.

Le 14. Quintes de toux violentes. Sueurs abondantes.

10 juin. Diarrhée, souffle très intense à droite, perte de l'élasticité.

Le 20. Point de côté à droite. Matité au sommet, frottements.

La fièvre oscille entre 38 et 39 degrés.

19 juillet. Voix éteinte, souffle caverneux au sommet droit.

Le 21. Respiration fréquente. Vomiturations et crachats fétides.

Le 22. Toux aboyante, râles nombreux. Mort.

A l'autopsie, on trouve une vascularisation de la partie glottique du larynx. Le corps thyroïde est normal. De chaque côté de la trachée, on voit une chaîne ganglionnaire à laquelle est accolée l'anse du récurrent droit qui ne paraît pas altérée. A droite les ganglions trachéo-bronchiques compriment les trois grosses bronches, surtout l'inférieure et la supérieure.

Le poumon droit crêpe à sa base. Le lobe moyen présente des granulations, le sommet présente une caverne du volume d'un œuf de poule. Mêmes lésions, moins avancées à gauche. Adhérences et épaississements de la plèvre. Foie gras. Tubercules de l'intestin. Large ulcération transversale dans l'intestin grêle.

OBSERVATION III (personnelle). — Cas de tuberculose ganglionnaire consécutive à la phthisie pulmonaire.

Je me souviens d'une malade observée à l'hôpital Cochin et qui m'intéressa beaucoup à une époque où je n'étais pas encore familiarisé avec ces faits.

C'était une femme de 28 ans, domestique, née dans le Puy-de-Dôme, qui offrait les signes d'une profonde débilitation; le vi-

sage était pâle sans grand amaigrissement. La malade n'avait eu aucun antécédent de scrofule; elle présentait, pour tous symptômes une expiration prolongée, une respiration rude, sans grand changement à la percussion du poumon gauche. La lésion tuberculeuse avait été précédée d'une seule hémoptysie légère. Les lésions pulmonaires semblaient peu étendues, et cependant il y avait une anémie profonde.

Après quinze jours de séjour dans nos salles, les ganglions cervicaux s'hypertrophièrent, et bientôt il y eut une adénopathie externe généralisée. Le sang fut examiné, les globules blancs étaient à peu près normaux. Pas de rate volumineuse, pas d'antécédents scrofuleux. Restait donc le diagnostic, de diathèse lymphoïde sans leucémie, ou celui de tuberculose ganglionnaire. Nous nous arrêtâmes à ce dernier diagnostic vu l'évolution des lésions; mais la phthisie prit une marche subaiguë, il se fit une petite caverne, et la malade succomba à une hémoptysie foudroyante par anévrystme d'une caverne. L'autopsie démontra la présence d'une caverne, de tubercules nombreux dans les poumons, dans les ganglions bronchiques et dans les ganglions externes. Dans les ganglions on voyait à l'œil nu des tubercules miliaires sous la capsule des glandes lésées, et, dans le parenchyme rouge jaunâtre, on apercevait des points blancs anémiés, avec des cellules géantes. Le plus grand nombre était complètement caséux, il était impossible d'y découvrir le moindre nodule.

L'inoculation de ce caséum produisit une tuberculisation généralisée chez trois cobayes qui moururent spontanément après deux mois d'inoculation.

Ces faits sont assez fréquents, seulement la lésion n'est pas toujours aussi accentuée. Dans certains cas, il faut aller à la recherche des glandes volumineuses. La tuberculose interne des ganglions viscéraux nous est admirablement connue depuis les recherches nombreuses de Rilliet et Barthez, Fonssagrives, Lereboullet, Guéneau de Mussy, Cornil et Ranvier, Liouville, Baraty, etc; mais l'*adénopathie externe*, consécutive ou concomitante de la tuberculose pulmonaire, n'a pas assez fixé l'attention des observateurs. Il faut cepen-

dant être prévenu de son existence, car elle pourrait induire en erreur.

Les adénites scrofuleuses qui ne suppurent pas prédisposent-elles plus à la phthisie que celles qui suppurent ? — Les opinions émises à ce sujet ne me paraissent pas motivées; en fait, nous ne sommes pas renseignés sur ce point.

Pour Rindfleisch (1) le ganglion caséux est toujours un danger : il peut devenir le point de départ de tuberculose des os, des poumons, etc. Il compare un ganglion caséux scrofule-tuberculeux à une tumeur maligne qui se généralise à un moment donné : dans les 2 cas la lésion ganglionnaire fait obstacle à la résorption ultérieure de l'agent morbide.

On sait qu'un ganglion hypertrophié peut rester pendant des années la seule lésion d'une tuberculose infantile; « Il est prudent, dit Hueter, d'opérer l'ablation de ce ganglion qui est pour l'organisme une menace perpétuelle de tuberculose tertiaire disséminée. » Sous le nom de tuberculose primaire, Rindfleisch désigne des affections locales scrofule-tuberculeuses, siégeant dans divers organes. La tuberculose secondaire serait celle des voies lymphatiques et des ganglions. La tuberculose tertiaire comprend les lésions disséminées des différents organes indemnes de la tuberculose primaire (foie, rate, poumons, reins, pie-mère, moelle osseuse.)

Cette phthisie, qui survient assez souvent chez ceux qui ont eu des adénites strumeuses, offre-t-elle, des caractères spéciaux ? Les variétés cliniques sont les mêmes que celles de la phthisie commune. Il serait possible,

(1) In Ziemssen. art. tuberculose (Handbuch der pathologie, t. XIII).

du moins d'après les cas que nous avons pu voir, qu'il y eût un peu plus de lenteur dans la marche.

Lorsque la phthisie pulmonaire coïncide avec une suppuration abondante des ganglions cervicaux, la première phase de la maladie nous a paru silencieuse; mais ici encore les lésions par elles-mêmes peuvent donner lieu à une sorte de révulsion et expliquer ainsi les légères anomalies de la lésion pulmonaire, sans qu'on soit autorisé à y voir l'influence de la scrofule. D'ailleurs, dans cette première période passive, la phthisie marche souvent comme une tuberculose vulgaire.

§ 2. — *Lésions osseuses, périostiques, articulaires, dites scrofuleuses, et phthisie pulmonaire.*

La coïncidence de ces affections est notée par tous les observateurs, mais les divergences d'opinion éclatent quand il s'agit d'apprécier leur degré de fréquence. Sur ce point les données sont assez vagues.

Portal (1) mentionne plusieurs observations de phthisie survenue chez des personnes ayant des dépôts articulaires.

Afin de nous former une idée à peu près nette sur les rapports de ces différentes lésions avec la phthisie pulmonaire, nous avons été obligé, à défaut des preuves exactes qui manquent dans les auteurs, de colliger une à une les observations éparses dans le riche et précieux recueil de la Société anatomique. Nous avons reconnu que sur 48 cas de lésions osseuses articulaires et adénopathies on avait trouvé 22 fois à l'autopsie des lésions de tuberculose des poumons.

(1) Portal. *Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire.* 2^e édit., 1809.

En réunissant les observations publiées par Lebert on arrive de même aux résultats suivants : sur 52 cas de lésions osseuses et articulaires, il a trouvé 22 fois des tubercules pulmonaires.

On lit dans Volkmann (1), à l'article *Tumeur blanche* : « Beaucoup d'individus souffrant d'arthrites fongueuses paraissent forts au début de la maladie et deviennent « dans la suite tuberculeux. »

Plus loin il ajoute : la tuberculose articulaire coïncide presque toujours avec une tuberculose générale des organes internes.

Le professeur Brouardel (2), dans un bon mémoire sur les altérations du rocher, a réuni 79 observations qui se rapportent toutes à des caries, à des ostéites du rocher et de l'apophyse mastoïde. Sur ces 79 malades, 15 sont morts phthisiques ; les uns étaient des phthisiques avérés, chez les autres on a trouvé à l'autopsie des tubercules dans les poumons. Les caries qui affectaient ces sujets morts phthisiques étaient probablement d'origine tuberculeuse ; cette coïncidence est même peut-être plus fréquente que nous ne l'indiquons ici.

M. Laventure-Augé (3) rapporte dans sa thèse 11 observations de carie du rocher empruntées à plusieurs auteurs ; la phthisie coexiste souvent.

Les travaux remarquables du professeur Verneuil (4) et de ses élèves, relatifs à l'influence des maladies générales sur les traumatismes, contiennent des documents précis. On y voit qu'un certain nombre de sujets at-

(1) Volkmann, *Handbuch de Chirurg.* von Pitha und Billroth, 1865.

(2) Brouardel, Des lésions du rocher et de l'apophyse mastoïde. *Bull. Soc. Anat.*, p. 212, 1866.

(3) Laventure-Augé. *Thèse de Paris*, n° 281, 1875.

(4) Verneuil. In *Revue mensuelle*, 1877.

teints d'arthrites dites scrofuleuses succombent à la phthisie pulmonaire.

Marchand (1) note une tuberculisation miliaire du poumon à la suite d'une coxalgie aiguë.

En 1870, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous avons fait 5 autopsies de tumeur blanche, dans les 5 cas il existait de la tuberculose pulmonaire restée latente pendant la vie.

Le professeur *Gaujot* et M. *Charvot* (2) ont recueilli 87 cas de périostite externe avec abcès fistuleux, et ils n'ont vu que 6 morts de tuberculose. Remarquons toutefois que la statistique a été faite à l'hôpital, que les malades en apparence guéris n'ont pu être suivis; or il arrive souvent, que ces soldats s'améliorent, guérissent même de leur lésion locale, et quittent le service pour aller mourir de phthisie, 4, 5, 10, 15 ans après. Suivant MM. *Gaujot* et *Charvot*, la tuberculose éclate sous les trois formes suivantes : 1^o la phthisie pulmonaire commune; 2^o la caséification de tous les ganglions; 3^o la tuberculose aiguë généralisée ou granulie aiguë.

Le début de la tuberculose est le plus souvent insidieux; les tubercules se développent dans des régions où les lésions sont peu appréciables; dans les os, dans les séreuses viscérales et à la fin dans les poumons. L'évolution est très lente.

Modalités cliniques de la phthisie dans les affections osseuses et articulaires. — Ce point est à peine signalé dans les archives de la science; il nous a pourtant semblé que cette étude mériterait d'être faite avec soin, car elle offre un grand intérêt pratique et doctrinal. Certes, on

(1) *Marchand. Virchow's Arch.*, p. 142, 1878.

(2) *Gaujot et Charvot. De la périostite externe chronique. Paris, 1879.*

peut ici observer toutes les formes de la phthisie; les formes aiguë, asphyxique, catarrhale et typhoïde, le plus souvent la forme *latente*, enfin les variétés pneumoniques à tubercules géants, les formes chroniques vulgaires et les formes chroniques exceptionnelles. Mais quand on examine scrupuleusement ces tuberculeux, on remarque que la phthisie a été, au moins en apparence, la première manifestation ou la seconde, probablement plus souvent la première; chez certains malades un peu pâles, affaiblis, mais conservant encore de l'embon-point, on voit se produire les phénomènes suivants :

Presque en pleine santé, le malade est pris d'une hémostysie qui, en général, ne *récidive pas*, à la suite il y a un peu plus de faiblesse; la toux fait défaut, à peine remarque-t-on un léger degré d'essoufflement. Un an, deux ans après, apparaissent des manifestations articulaires, si elles ne s'étaient montrées antérieurement. Déjà, avant ces localisations articulaires, en auscultant avec grand soin les malades, on découvre des signes de lésions aux sommets; ces signes sont parfois très douteux, mais avec un peu d'habitude, on parvient à soupçonner la tuberculose commençante. Suivez ce malade et, pendant des années, il ne présentera aucun autre symptôme, son état demeurera stationnaire ou, du moins, l'évolution sera *d'une lenteur extrême*; bientôt il aura des abcès froids, des lésions désignées sous le nom de gommes scrofuleuses. Enfin, au bout de dix ans, vingt ans même, il succombera avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire, quelquefois après avoir subi deux, trois amputations ou divers raccages d'abcès froids. Cette lenteur fait supposer à certains chirurgiens, que leurs opérés sont guéris; ils sont, en effet,

débarrassés pour le présent de leur arthrite ou de leur carie, mais n'oublions pas que ce sont des *maladies à rechutes*; leurs rechutes auront lieu tantôt à longues échéances, tantôt à échéances plus rapprochées. C'est là une maladie chronique dont l'évolution est tout à fait comparable à celle de la syphilis par ses manifestations irrégulières.

L'affection du début et la maladie de la fin sont de même nature.— Quoi qu'en disent certains observateurs, il ne s'agit pas de phthisie accidentelle; car on peut en suivre l'évolution, et c'est dans le cours souvent latent, peu accentué de cette phthisie, que se développent des lésions osseuses ou articulaires, dans lesquelles l'anatomie pathologique fait découvrir des tubercules. Plus souvent qu'on ne le croit, le médecin et le malade omettent la première phase, c'est-à-dire celle qui est antérieure à la lésion ostéo-articulaire; dans ce cas, le sujet passe pour avoir été atteint d'une arthrite *scrofuleuse primitive*; si la lésion pulmonaire s'accentue après l'arthrite, on dit que la phthisie a été consécutive à l'arthrite ou à l'abcès froid, et quand il y a eu suppuration, on dit que la phthisie lui est consécutive. Pendant longtemps, comme on ne pouvait découvrir à l'œil nu les tubercules articulaires, la tumeur blanche a été qualifiée de primitive, et c'est en affaiblissant l'organisme qu'elle passait pour favoriser l'évolution de la phthisie.

Nous croyons, dit M. Cadeau (1), que lorsqu'il apparaît des signes de tuberculose pulmonaire chez un individu atteint de tumeur blanche par exemple, on a affaire à une phthisie accidentelle, acquise, constituée sous

(1) Cadeau. *Influence des suppurations prolongées sur la production de la tuberculisation pulmonaire.* Thèse de Paris, 1874.

l'influence de l'action simultanée d'une suppuration abondante et prolongée, du repos au lit; à ces causes se joignent parfois une nourriture insuffisamment réparatrice, des préoccupations morales, etc.

Ce sont là, assurément, autant de causes adjuvantes; mais il ne manque pas de malades qui suppurent long-temps sans devenir tuberculeux. Il faut une autre cause qui est, soit la scrofule, soit la tuberculose déjà localisée dans quelques points de l'organisme, peut-être même à l'état latent. L'origine du mal, en effet, n'est pas, en général, *unique*, et il est nécessaire de déterminer les divers éléments de ce complexus étiologique.

Dans une autre série de cas, la tuberculose évolue rapidement sous la forme miliaire. Pourquoi? Faut-il incriminer l'affaiblissement de l'organisme? Répondre qu'un noyau caséux est devenu infectieux, n'est pas résoudre la question. Parfois après l'amputation ou la résection qui suit une arthrite, la tuberculose évolue sous la forme aiguë (les Archives de Langenbeck en renferment des cas assez nombreux, ainsi que les bulletins de la Société anatomique). D'autres fois la phthisie est subaiguë.

Consécutivement aux lésions osseuses, articulaires, dites scrofuleuses, on voit donc assez souvent prendre naissance la tuberculose pulmonaire, soit sous la forme latente de la première période, soit sous la forme aiguë ou subaiguë.

Le caractère principal de cette phthisie, surtout à l'époque d'activité de l'arthrite fongueuse, c'est l'insidiosité, la lenteur et la longueur des débuts de l'altération pulmonaire.

En résumé, nous abandonnerons en partie cette opinion qui fait regarder la phthisie comme consécutive

aux lésions osseuses ou articulaires, à la suppuration. De plus, nous admettrons qu'un certain nombre de tumeurs blanches (mais non toutes) considérées jusqu'ici comme scrofuleuses, parce qu'il y a coexistence des premières manifestations strumeuses, sont réellement tuberculeuses; tantôt elles précèdent, tantôt elles suivent la tuberculose pulmonaire. Elles se comportent ici comme une *colonie isolée*, une tuberculose locale; ailleurs elles font partie d'un groupe de colonies dépendant de la tuberculose, dont le principal siège réside dans le parenchyme pulmonaire.

Comme conclusion, nous pensons que dans un groupe de lésions osseuses et articulaires dites scrofuleuses, mais dont l'origine est souvent tuberculeuse, on voit se produire une phthisie à *allures spéciales*, avec signes fonctionnels *totalemenr absents*, presque méconnaissable pour le malade et le médecin, avec signes physiques *si atténués, si minimes*, qu'ils passent ordinairement inaperçus. Ce n'est pas ainsi que les auteurs ont compris la phthisie scrofuleuse, puisque dès le début ils signalent des symptômes fonctionnels plus ou moins marqués.

Pour rendre compte de cette évolution si lente, on peut invoquer parfois la révulsion occasionnée par une articulation lésée; mais d'autres fois cette cause ne peut être invoquée, puisque la tuberculose pulmonaire a précédé de plusieurs années la localisation articulaire.

§ 3. — *Lupus et phthisie pulmonaire.*

On a rarement signalé la coexistence du lupus et de la phthisie pulmonaire. Voici à ce sujet les principaux

renseignements fournis par nos meilleurs auteurs.

Le lupus n'exerce aucune influence fâcheuse, constante, appréciable sur le développement de l'organisme, sur les fonctions physiques et intellectuelles. Pourtant, dans le cours d'un lupus étendu, on a vu souvent se manifester les symptômes de la chlorose, l'amaigrissement, *quelquefois même la phthisie pulmonaire* avec ses conséquences connues; la mort a pu s'ensuivre (*Hébra et Kaposi*) (1).

La tuberculose pulmonaire qui vient assez fréquemment compliquer le lupus a quelquefois présenté une issue funeste (*Neumann*) (2).

« Les lupiques paraissent exposés à contracter la tuberculose pulmonaire. Elle est chez eux une cause fréquente de mort; parfois elle revêt la forme *aiguë*, le plus souvent elle est torpide et se prolonge très long-temps.

« J'ai connu un malade qui, depuis quarante ans, était atteint d'un lupus tuberculeux en groupe et discret de la face; il n'a succombé à la tuberculose pulmonaire qu'à l'âge de 70 ans. » (*Lailler*, communication écrite.)

Les rapports du lupus scrofuleux et de la phthisie pulmonaire n'ont pas été examinés avec tout le soin désirable; on a cru qu'il s'agissait d'une scrofule fixe (*Bazin*), ou encore que le lupus constituait une espèce pathologique à part (*Hébra*); cependant, comme le démontrent les faits de M. Besnier et comme le prouvent nos recherches personnelles, la phthisie pulmonaire peut survenir chez les lueux et revêtir les aspects suivants :

(1) *Hébra et Kaposi. Traité des maladies de la peau; traduction Doyon, Paris, 1878.*

(2) *Neumann. Traité des maladies de la peau, p. 423; traduction Darin, 1880.*

1^o Forme *commune* classique que nous nous contenus de mentionner;

2^o Forme *aiguë*, plus rare ; nous en avons observé un cas;

3^o Variété *paroxystique*, la maladie se caractérise alors par des poussées aiguës et une marche lente.

Tel était le cas d'une jeune femme de 28 ans, atteinte d'un lupus tuberculeux de la face, que nous avons observée. Tous les trois ou quatre mois elle était prise d'une fièvre vive avec dyspnée, toux, expectoration muqueuse et signes physiques ordinaires d'une induration pulmonaire au sommet gauche ; survenait ensuite une amélioration de l'état général après six semaines et, deux mois après, la malade pouvait sortir de l'hôpital ; mais elle y rentrait trois à quatre mois après avec les mêmes symptômes. Deux ans se passèrent dans ces alternatives ; puis elle commença à maigrir, des signes cavitaires apparurent au sommet gauche et la malade succomba dans la cachexie tuberculeuse.

L'autopsie révéla l'existence d'une caverne tuberculeuse au poumon gauche et un début d'induration caseuse au sommet du côté opposé ; il existait des granulations tuberculeuses dans le péritoine.

Voici très sommairement deux faits, dus à l'obligéance de M. Ernest Besnier, qui viennent appuyer les propositions que nous venons d'émettre.

OBSERVATION I. — Lupus tuberculeux chez un homme de 36 ans ; guérison rapide par le nitrate de plomb et le bromure de potassium. Pleurésie. Gommes scrofule-tuberculeuses épipériostiques. Phthisie pulmonaire. Mort.

D..., facteur des postes, a été traité à l'hôpital Saint-Louis, en 1860, par Bazin, pour un abcès ganglionnaire rétro-auriculaire suppuré (teinture d'iode, huile de morue, etc.).

Autour de la cicatrice, développement d'une plaque qui évolue pendant quinze ans; elle occupait, en 1875, au moment où ce malade entra dans mon service à Saint-Louis, les régions rétro-auriculaire, sous-auriculaire et parotidienne, et présentait les caractères typiques du lupus de Willan. Traité par moi par les cautérisations au nitrate de plomb et au bromure de potassium appliquées sur la surface malade, préalablement vésicuée (procédé très douloureux, mais extrêmement satisfaisant au point de vue de la rapidité et de la solidité du résultat), la guérison fut belle et rapide. Le malade était de bonne santé apparente, sans trace de tuberculose pulmonaire, et il put reprendre son dur métier de facteur et le continuer jusqu'en 1878. Il était alors âgé de 40 ans. Lorsqu'il vint me revoir, au commencement de 1878, il m'apprit qu'il venait d'avoir une pleurésie, et l'auscultation montra les signes d'une phthisie pulmonaire avancée. Il présenta en même temps deux vastes gommes scrofule-tuberculeuses à marche aiguë, l'une au devant du sternum, l'autre au devant du tibia, et il succomba, en 1879, à la phthisie pulmonaire. La cicatrice du lupus était restée très belle, à peine quelques petits foyers à la périphérie de la cicatrice.

Donc, guérison du lupus en 1875; mort du malade par phthisie pulmonaire en 1878.

OBSERVATION II. — Lupus tuberculo-ulcereux à forme galopante du centre de la face et de la cavité buccale. Traitement actif par les caustiques et les scarifications. Guérison très belle. L'année suivante, altération de la santé, poussée aiguë d'adénite cervicale scrofule-tuberculeuse. A la fin de la quatrième année, mort par phthisie pulmonaire.

Une jeune fille de très belle apparence (*formositas strumosa*) entre dans mon service, en mars 1879, pour un lupus occupant tout le centre de la face et pénétrant dans la cavité buccale, — forme galopante, — ayant évolué en moins de deux années. Après avoir détruit avec la curette et le chlorure de zinc les masses géantes de bourgeons qui occupaient toute la surface malade, le traitement fut terminé par une longue série de scarifications linéaires de la face et de la cavité buccale.

En moins d'un an, résultat vraiment magnifique (voir pièces du musée de Saint-Louis 576-645, dans lesquelles j'ai fait représenter la malade avant et après la guérison).

Dans le courant de 1880, peu après la cicatrisation complète, la santé *commence* à s'altérer et la malade rentre dans mon service avec une poussée aiguë d'adénopathies cervicales bourrant les gaines des sterno-mastoïdiens. Traitement tonique actif : Huile de morue.

Applications locales de savon mou de potasse et d'iode. Résolution complète, en quelques mois, des adénopathies dont aucune ne suppura.

Pendant l'année 1881, la malade qui avait, de nouveau, quitté le service, y revint à plusieurs reprises pour des *pneumonies localisées*, très aiguës, laissant à leur suite des adhérences pleurales et des points de *matité* longtemps dépourvus de bruit anormal.

En 1882, la malade est devenue décidément phthisique; des pleuro-pneumonies localisées éclatent à chaque instant, et elle succombe, arrivée au dernier degré du marasme.

La série a été : dans l'enfance dermopathies diverses (gourmes, blépharites, adénopathies non suppurrées du col).

De 15 à 18 ans, malgré de très belles apparences de santé, la menstruation ne s'établit pas, et il se développe un lupus tuberculo-ulcéreux suraigu de la face et de la cavité buccale.

En 1879. Guérison rapide (relativement à la nature et à l'étendue du mal bien entendu) du lupus.

En 1880-1881. Apparition d'adénopathies cervicales, terminées sans suppuration. Altération de la santé.

En 1881-1882. Accidents pulmonaires réitérés sous forme de pneumonies localisées, et mort par phthisie pulmonaire.

4^e Cette variété de phthisie pulmonaire chez les lueux est celle dans laquelle des *lésions légères* persistent très longtemps ; elle est certainement une des variétés les plus intéressantes, les plus frustes, les plus difficiles à découvrir; mais elle nous paraît assez fréquente. Sur 12 cas de lupus grave que nous avons examinés avec soin à l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu reconnaître trois fois des lésions des sommets; ces lésions se traduisaient par une certaine rudesse de la respiration, par une expiration prolongée et par une tonalité égale de l'inspiration et de l'expiration; dans un des cas même il y avait quelques râles

circonscrits au sommet droit et une diminution du son. Cependant, lorsqu'on interroge ces malades, ils n'accusent qu'un peu de toux à l'époque où la lésion s'accentue, mais pendant longtemps il existe seulement une légère dyspnée qui passe inaperçue; l'appétit est régulier, l'embonpoint est conservé, pas de sueurs, bon sommeil, pas de perte des forces; le malade dit qu'il est *bien portant* et ne ressent aucun mal. Mais avec le temps il survient un *certain degré de faiblesse* persistant parfois fort longtemps; c'est là un signe qui ne doit pas être négligé et qui *impose* au médecin l'auscultation attentive de la poitrine.

Cet état peut se prolonger: nous avons rencontré récemment un lupeux de 56 ans, qui a eu une hémoptysie à l'âge de 25 ans, il présente encore aujourd'hui des signes bien nets d'induration localisée au sommet droit, il expectore des crachats muco-puriformes, comme dans une bronchite chronique très modérée; son état général est bon, seules ses digestions sont un peu lentes.

Nous sommes des premiers à reconnaître qu'il existe des lupeux n'ayant jamais présenté de lésion appréciable dans les poumons; mais dans un certain nombre de cas, plus fréquents qu'on ne le croit, on constate de légères lésions du début de la tuberculose.

Lorsque le médecin se trouve en présence d'un lupeux dont la santé faiblit, il doit ausculter avec le plus grand soin et ne pas attendre que les troubles fonctionnels surgissent. Quand ceux-ci surviennent, la lésion est déjà avancée: la tuberculose chez les lupeux est une de celles *qu'il faut chercher*.

D'après ce qui précède, dans les tuberculisations des lupeux, on doit signaler: 1^o l'existence des lésions pul-

Quinquaud.

17

monaires légères persistant pendant des années ; 2° le non-retentissement sur l'organisme.

Quant au degré de fréquence relative de ces divers aspects, les documents nous font défaut.

Concluons que la phthisie pulmonaire n'est pas absolument une rareté chez les lueux ; son degré de fréquence ne saurait être établi dans l'état actuel ; mais, au point de vue clinique, il importe de pratiquer l'auscultation avec plus de soin que chez les autres tuberculeux, parce que la tuberculose reste alors pendant long-temps difficile à *dépister*. Au point de vue doctrinal, son existence plaide en faveur de la nouvelle doctrine de l'assimilation de certains lupus aux tuberculoses locales ; toutefois, en présence du nombre restreint de faits, nous ne pouvons nous prononcer et affirmer que le lupus est bien une tuberculose locale.

CHAPITRE VI.

Examen critique de la scrofule du poumon ; phthisie scrofuleuse.

Les études précédentes mettent en relief : 1° l'idée traditionnelle d'un groupe d'affections dénommées à tort ou à raison scrofuleuses ; 2° la coexistence fréquente de ces affections avec la phthisie pulmonaire, moins fréquente toutefois que ne l'admettent certains auteurs. Nos statistiques le démontrent.

Il nous reste à nous demander s'il y a un rapport de cause à effet ; la phthisie qui se rencontre chez les scro-

fuleux diffère-t-elle de la phthisie tuberculeuse ordinaire ? En un mot, doit-on admettre une phthisie scrofuleuse ? On a donné sur ce point des raisons anatomo-pathologiques et des raisons cliniques.

§ I. — *Examen critique de la scrofule au point de vue des lésions.*

L'histoire de la phthisie et de la scrofule nous a fait voir que l'état de caséification avait constamment joué un rôle important dans la phthisie dite scrofuleuse.

Pour *Morton* et ses successeurs, les tubercules contiennent les mêmes éléments que les ganglions scrofuleux ; comme les tubercules sont les lésions de la phthisie, on devrait en conclure que la phthisie est scrofuleuse. La lésion même a quelque chose de spécial, les tubercules scrofuleux s'enflamment et suppurent difficilement. (*Kortum*)

Portal admettait que, dans la phthisie scrofuleuse, les tubercules occupaient le poumon lui-même, tandis que, dans la phthisie acquise, ils siégeaient dans les ganglions bronchiques.

Pour *Bayle* et *Laennec*, la matière caséuse est l'évolution finale du tubercule qui caractérise une diathèse différente de la scrofule.

Malgré les travaux de *Laënnec*, qui diminuent l'importance de la scrofule, les contemporains, au nom de la nosologie et de la clinique, adoptent l'opinion de *Morton* : ils s'ingénient à trouver des caractères anatomo-pathologiques particuliers aux lésions pulmonaires.

Milcent attribue à la phthisie scrofuleuse des carac-

tères particuliers : on sait que, dans la scrofule, les tubercules ont de la tendance à se localiser dans les ganglions lymphatiques et affectent la forme de gros noyaux, de masses assez volumineuses. D'un autre côté, chez les scrofuleux, les ganglions bronchiques sont souvent affectés de transformation tuberculeuse. Il s'agirait de constater si *le plus souvent* dans la phthisie scrofuleuse, la lésion ne choisit point ce siège de préférence ; ce choix ne peut pas être exclusif ; car, souvent, chez les scrofuleux, le parenchyme pulmonaire est atteint de transformations tuberculeuses considérables, et il s'y produit d'énormes cavernes.

Sur 12 cas d'adénopathies bronchiques que nous avons pu réunir, les antécédents scrofuleux ont manqué dans 8 cas ; dans les autres, les affections scrofuleuses avaient été légères : ces chiffres ne sont pas favorables à l'opinion de Milcent.

Il est certain, dit Milcent, que les tubercules dans les poumons des scrofuleux forment généralement des masses plus considérables que chez les vrais phthisiques ; ces masses se ramollissent aussi plus tard, elles s'accompagnent plus rarement d'inflammation, et leur évolution est plus lente.

Mais Virchow, Rindfleisch, qui considèrent ces noyaux caséux comme scrofuleux, y décrivent au contraire une inflammation exubérante avec les grandes cellules de la pneumonie desquamative. Quant à l'évolution plus lente, elle n'est point démontrée ; des faits conviendraient mieux que des assertions sans preuves.

Voici comment Bazin résume le caractère de la lésion de la phthisie scrofuleuse :

« Le poumon est plus ou moins farci de tubercules ; le plus souvent, il existe des cavernes plus ou moins larges et aufrac-

tueuses, les tubercules sont quelquefois déposés en masses plus ou moins considérables à la face externe ou interne de la plèvre.

Les ganglions bronchiques, surtout chez les enfants, sont hypertrophiés, infiltrés de tubercules : ils peuvent même devenir le siège de cavernes qui communiquent parfois avec les bronches. La plèvre présente des adhérences. En général, il n'existe de tubercules que dans un seul poumon, ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point la bénignité des symptômes et la longue durée de la maladie. Ce triple signe topographique de la lésion est en général propre à la phthisie scrofuleuse, mais il n'est pas constant. Les tubercules sont plus gros, en masses plus compactes, plus crus et moins propres à exciter l'inflammation du milieu ambiant dans la scrofule que dans la phthisie essentielle.

Le tubercule scrofuleux renferme plus de principes gras que le tubercule idiopathique.

Les caractères les plus importants se tirent de la coexistence de lésions dans les autres appareils. Dans la phthisie essentielle, avec le tubercule du poumon on rencontre des ulcérations laryngées et trachéales, des tubercules dans l'intestin grêle. Dans la phthisie scrofuleuse ces lésions manquent le plus ordinairement, mais on rencontre communément l'infiltration tuberculeuse des glandes cervicales, les mêmes altérations des ganglions mésentériques, l'anémie jaune de la substance corticale des reins.

Il est une lésion que nous rattachons à la phthisie scrofuleuse, parce qu'on l'a vu coexister avec les tubercules pulmonaires : c'est l'abcès du poumon. »

Pour notre compte, nous avons maintes fois essayé de vérifier ces propositions pendant notre internat et depuis, nous pouvons affirmer que les gros tubercules casseux se rencontrent dans la phthisie des scrofuleux, mais ils ne lui appartiennent pas plus qu'à la phthisie dite essentielle.

Dumoulin et Sognès acceptent les opinions de Milcent et de Bazin :

Pour *Dumoulin*, le tubercule scrofuleux présente des particularités spéciales, il est plus gros, il demeure quelquefois longtemps latent et ne se ramollit que tar-

divement et lentement, il est moins susceptible de provoquer autour de lui cette sphère d'inflammation souvent très étendue, que l'on observe dans la phthisie essentielle : c'est surtout lui qui aurait une tendance à sécher et à se transformer en matière crétacée.

Suivant *Sognès* (1), les tubercules scrofuleux seraient plus volumineux, sans inflammation circonvoisine.

Il résulte de ce qui précède que la plupart des observateurs voient dans la caséification un des grands caractères de la phthisie scrofuleuse. Cette opinion est-elle fondée; cet état caséux correspond-il aux phthisies qui se développent chez les scrofuleux? Est-ce, au contraire, dans la phthisie vulgaire que cet état caséux se retrouve le plus souvent? Interrogeons les médecins des différents pays.

Et d'abord dévons-nous avec Reinhardt, Virchow, Rindfleisch et l'Ecole allemande, renouvelant les idées de Broussais, d'Andral, de Cruveilhier sur la nature inflammatoire du tubercule caséux, admettre que la pneumonie dite caséuse est toujours d'origine scrofuleuse?

L'état caséux, disent MM. Hérard et Cornil, est une terminaison spéciale d'inflammation, commune à la scrofule et à la tuberculose. L'adénite caséuse ne doit pas plus être distraite de la scrofule, que la pneumonie caséuse ne doit être retranchée de la phthisie pulmonaire classique.

En 1872, *Grancher* démontre, à l'aide de l'histologie, que la granulation tuberculeuse et le noyau de pneumonie caséuse miliaire sont constitués sur le même type avec zone centrale granuleuse et zone périphéri-

(1) *Sognès*. Sur l'étiologie de la phthisie. Thèse de Paris, 1868.

que embryonnaire. Par conséquent, ils sont identiques au point de vue anatomo-pathologique. La granulation étant d'origine tuberculeuse, la phthisie caséeuse le devient également et se trouve retranchée de la scrofule.

L'opinion de Reinhardt et de Virchow commence à perdre du terrain. *Birch-Hirschfeld* dit expressément : « Nous nous sommes déclarés contre l'opinion qui fait de toutes les pneumonies caséeses des pneumonies scrofuleuses. »

Bien plus, l'analogie n'est pas seulement anatomique, elle est encore physiologique. Les travaux de Villemin et de ses successeurs, de même les expériences de Friedländer, de Cohnheim démontrent l'identité du tubercule et de la pneumonie caséeuse. Les bacilles tuberculeux existent aussi bien dans la pneumonie caséeuse que dans le tubercule (Klebs, Toussaint, Koch, Ehrlich).

Toutes les preuves concourent donc à faire admettre que tubercule et phthisie caséeuse sont de même nature; par conséquent cette dernière appartient à la phthisie tuberculeuse.

Enfin, il est absolument démontré que la caséification peut se rencontrer chez des individus qui n'ont jamais présenté trace de scrofule. La caséification se manifeste donc dans la phthisie commune, et nous pouvons poser comme une loi générale que les caractères anatomiques fondamentaux de la phthisie scrofuleuse et de la phthisie vulgaire sont absolument les mêmes.

Enfin l'expérimentation achève de ruiner cette opinion; la matière inoculée, qu'elle provienne d'un sujet scrofuleux ou non, est susceptible d'engendrer des produits caséux.

Quelques particularités sur les lésions de la phthisie chez

les scrofuleux. — Les altérations varient suivant qu'il s'agit d'une phthisie chronique, aiguë ou subaiguë.

Le foyer peut être primitif, mais souvent il est *secondaire* et, partant, atténué, modifié, plus disséminé que dans le premier cas. Assez souvent il y a coexistence de *ganglions caséux, viscéraux* (adénopathie trachéobronchique, adénite mésentérique, carreau), ce qui donne parfois une physionomie spéciale à la maladie, bien qu'on puisse rencontrer ces lésions en dehors de la scrofule. La caséification est peut-être plus fréquente chez les scrofuleux que chez ceux qui ne le sont pas. De plus, on trouve des granulations tuberculeuses coïncidant ou non avec des infarctus coniques caséux, avec endopériartérite, qui doivent jouer un rôle dans la caséification. Parfois la lésion occupe le lobe inférieur moyen, et supérieur, sans offrir de prédominance.

Toutes les affections dites scrofuleuses, surtout les caséuses, ont de la tendance à se terminer par la tuberculose miliaire aiguë ; il se fait une auto-infection ayant pour origine le foyer caséo-tuberculeux.

Ordinairement chez les scrofuleux avec lésions viscérales, on ne trouve que des granulations disséminées.

L'examen des caractères anatomiques nous a conduit à la négation de la phthisie scrofuleuse en tant qu'*espèce* morbide, voyons maintenant si les caractères cliniques de la phthisie scrofuleuse sont différents de ceux de la phthisie non scrofuleuse?

§ 2. — *Examen critique de la scrofule du poumon au point de vue des symptômes.*

Dès le XVII^e siècle les médecins ont voulu attribuer des

allures spéciales à la phthisie qui survenait chez les scrofuleux ; d'après eux les caractères cliniques étaient si tranchés qu'il fallait constituer une espèce morbide, la phthisie scrofuleuse, dont l'évolution était toute particulière.

Comment les nosologistes ont compris la phthisie scrofuleuse au point de vue symptomatique. — La plupart des observateurs qui distinguent les deux phthisies sont d'accord pour caractériser la phthisie scrofuleuse, par la lenteur de sa marche, par une certaine bénignité relative, et par l'absence de fièvre ou l'apparition tardive de ce symptôme.

Morton essaie de nous donner les caractères cliniques de la phthisie scrofuleuse ; elle aurait une marche chronique, une fièvre légère, à moins de causes accidentelles.

« Quelques-uns (les scrofuleux), surtout lorsque les tumeurs sont crues et peu aptes à l'inflammation, passent leur vie depuis leur enfance jusqu'à une vieillesse avancée dans un état phthisique et valéudinaire, avec une toux presque continue le jour et la nuit, en été comme en hiver, une oppression thoracique, une respiration difficile et quelquefois même astmatique. Ils n'ont cependant aucune fièvre appréciable, mais à la moindre impression du froid, auquel ils sont plus que tous autres particulièrement sensibles, on les voit expectorer des produits phlegmasiques ou séreux. »

Morton veut indiquer par là que les scrofuleux peuvent conserver pendant toute leur vie des tubercules à l'état latent. Mais en traduisant ce chapitre nous nous sommes demandé souvent si Morton n'avait pas eu sous les yeux un catarrhe chronique avec ou sans sclérose pulmonaire.

Morton admet que les poumons peuvent être seuls atteints sans autre manifestation scrofuleuse (scrofule fixe des contemporains). Ne serait-il pas plus rationnel d'interpréter ces faits dans le sens de la phthisie essentielle ? Plus loin il ajoute ; il n'est pas rare de voir succomber ces phthisiques avec une figure plutôt *pleine*. Peut-être s'agissait-il de scrofule-tuberculeux avec lésions rénales auxquels un œdème léger enlève l'apparence d'amaigrissement du facies.

D'une manière générale, chez les scrofule-tuberculeux, il existe plusieurs causes d'œdème ; mais il en est une qui doit jouer plus d'une fois un rôle important. D'après nos analyses du sang chez les scrofuleux, les matériaux solubles dans l'alcool absolu sont plus considérables qu'à l'état physiologique, et le maximum se produit lorsqu'il y a coexistence de *pléthore protoplasmique* des éléments du rein ; par conséquent, il est rationnel de penser que cet état du parenchyme rénal doit jouer un rôle dans la pathogénie de certains œdèmes. De fait, dans ces cas, sous l'influence d'un séjour de quelques mois au bord de la mer, l'œdème disparaît et le sang revient presque à son état normal. L'examen des urines est incapable de nous déceler ces troubles : il faut pratiquer l'examen du sang.

D'ailleurs la phthisie scrofuleuse à marche lente n'est pas la seule que Morton ait observée. Il indique en effet expressément la marche rapide : « Toutes les fois que ces tubercules sont plus congestionnés et par suite plus exposés à l'inflammation et à l'ulcération, cette phthisie scrofuleuse est suraiguë et dure peu de mois. »

Elle ne diffère alors que très peu de la phthisie commune sous le rapport du traitement. Il faut ici porter le même pronostic que dans la phthisie ordinaire et ce

pronostic variera suivant la marche et l'état avancé de la maladie. J'ai observé assez souvent une phthisie aiguë de cette nature survenue après la suppression d'un eczéma scrofuleux. De même, une phthisie plus souvent chronique atteint de préférence ceux qui ont été sajets aux tumeurs froides ganglionnaires. »

Jos. Franck (1) écrit : « il arrive souvent que les poumons sont profondément attaqués sans que l'ombre de péril paraisse au dehors. »

Pour *Milcent* (2) la phthisie scrofuleuse diffère de la phthisie tuberculeuse par une plus grande lenteur dans la marche, et par des symptômes d'une moindre intensité :

« Il est surtout remarquable, que fréquemment avec une lésion locale considérable, avec des excavations tuberculeuses dans les poumons, l'état général paraisse peu alarmant. On est tout étonné de rencontrer une certaine apparence de santé chez des sujets dont les poumons présentent des cavernes souvent énormes. C'est à peine s'il y a de la fièvre même le soir ; l'amalgrissement est peu prononcé. Bien plus, à un degré avancé de la phthisie scrofuleuse, il existe souvent une apparence d'embonpoint ; la face est pleine, il est vrai que quelquefois elle est plutôt bouffie. »

Certainement, ces traits peuvent se rencontrer chez des phthisiques ; mais n'appartiennent-ils qu'à la phthisie qui survient chez les scrofuleux ? Nous ne le pensons pas. Dans certains cas, la bouffissure de la face nous paraît provenir d'une complication, l'altération amyloïde coïncidant avec une néphrite parenchymateuse.

Danjoy (3) a constaté que les hémoptysies sont rares et

(1) *J. Franck*. Traité de pathologie interne. Trad. de Bayle. Paris, 1857.

(2) *Milcent*. Scrofule, 1846.

(3) *Danjoy*. Phthisie et scrofule. Thèse de Paris, 1862.

que l'expectoration est abondante dans la phthisie scrofuleuse.

Dumoulin (1) a rencontré de ces phthisiques qui avaient encore des forces réelles et une certaine apparence de santé, bien que leurs poumons fussent troués par d'énormes cavernes ? Ce sont des scrofuleux, a marche de leur phthisie est lente et fréquemment intermit- tente.

D'après Bazin (2), le début de cette phthisie est le plus souvent à peu près latent, et l'examen attentif de la poitrine peut seul en révéler l'existence. Il n'y a ni fièvre, ni douleur, ni dyspnée bien grande, ni amaigrissement prononcé, ni diminution sensible des forces ; l'appétit est conservé. Cet état peut durer des mois et même des années. Le ramollissement des tubercules pulmonaires, chez les scrofuleux, ne s'annonce, en général, que par un change- ment dans les signes physiques. La fièvre hectique, qui marque si bien le début de la 2^e période dans la phthisie essentielle, fait ici complètement défaut. La dyspnée n'est véritablement mani- feste qu'après un exercice actif. Cependant, il y a de la toux et une expectoration abondante, surtout le matin. La sueur pecto- rale est rare : les malades mangent et l'embonpoint se conserve. On constate par la percussion et l'auscultation, de vastes cavernes dans les régions sous-claviculaires, chez des sujets qui jouissent en apparence de tous les attributs d'une santé parfaite ; ils vont dans le monde et vaquent à leurs occupations habituelles, comme s'ils n'étaient pas malades. J'ai donné des soins à un jeune ban- quier atteint de phthisie scrofuleuse, chez lequel l'existence de vastes cavernes pulmonaires se conciliait avec un état de santé qui lui permettait de diriger lui-même ses affaires ; il recevait le public, donnait des signatures ; il est resté à son bureau jusqu'à l'instant de la mort. Chomel, consulté 4 ou 5 ans avant le terme fatal, ne lui accordait que quelques semaines de vie.

Néamoins, à une période fort avancée du mal, la phthisie scrofuleuse se complique de diarrhée, il survient alors de l'anorexie, les forces sont abattues, une petite fièvre s'allume, les extrémités

(1) Dumoulin. *Conditions pathogéniques de la phthisie*, 1865.

(2) Bazin. *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*. Paris, 1861.

sont infiltrées le facies est pâle, les paupières subœdématisées ; le pouls est petit et fréquent ; la peau, sèche pendant le jour, se couvre d'une légère moiteur pendant la nuit ; elle prend parfois une teinte jaunâtre, bistre et le malade succombe.

Ce tableau existe-t-il réellement chez les scrofuleux ? Le fait est indiscutable, tous les médecins ont vu de ces cas, et, lorsqu'on connaît la valeur des cliniciens qui les ont signalés, tels que Morton, Lugol, Milcent, Bazin, on peut être assuré qu'ils ont bien observé ce qu'ils ont décrit. Mais quel est leur degré de fréquence ? Ici l'on manque de renseignements précis.

Nous n'admettons pas la phthisie scrofuleuse comme espèce, parce que les allures de la phthisie dite scrofuleuse peuvent se rencontrer en dehors de la scrofule. En 1878, nous avons vu deux cas de phthisie torpide dans le service de notre collègue Duguet à l'hôpital Laennec : l'un des malades avait 32 ans et l'autre 35 ; ils présentaient des cavernes pulmonaires et néanmoins la fièvre était légère, les fonctions digestives assez bien conservées, l'amaigrissement peu accusé, l'expectoration modérée ; pourtant chez eux, il n'existe et n'avait jamais existé trace de scrofule.

Pourquoi en était-il ainsi chez ces deux malades ? Nous l'ignorons. Nous ne savons pas pourquoi chez certains sujets plutôt que chez d'autres la phthisie prend une forme torpide. Espérons que des observations ultérieures éclaireront ce point obscur de l'histoire de la phthisie. On est assurément tenté de supposer que la cause est constitutionnelle ; mais quel est le genre de constitution qui prédispose à cette sorte de phthisie ? Quelles sont les conditions étiologiques qui favorisent cet état torpide ? Vous voulez faire de ces phthisiques des scrofuleux ? Eh bien, voici 76 scrofuleux, je les

emprunte à notre statistique générale : chez tous la maladie a évolué en moyenne en 17 mois avec un minimum de trois ans et demi. Mettons en regard de ces chiffres ceux de la phthisie vulgaire, ne voit-on pas que la différence est bien minime si elle existe ?

Ces faits nous montrent : 1^o que la phthisie torpide n'est pas aussi fréquente qu'on veut le croire ; 2^o qu'elle n'appartient pas en propre à la scrofule.

Voici d'ailleurs l'opinion de deux cliniciens dont on ne peut contester la compétence au point de vue qui nous occupe. MM. *Hérard et Cornil* (1) écrivent :

« Cette phthisie n'a pas de caractères particuliers. Elle marche avec la même rapidité que la phthisie dite essentielle. Dans l'une comme dans l'autre, il y a des phthisiques lents. On peut, à la rigueur, admettre que cette forme lente est un peu plus commune dans la phthisie scrofuleuse... mais le fait n'est pas cliniquement démontré. Il serait même contredit par nos observations personnelles et aussi par celles de quelques auteurs qui sont partisans des deux phthisies. »

En résumé, il existe deux opinions tranchées, les uns veulent faire de la phthisie scrofuleuse une espèce avec ses symptômes propres, les autres n'attribuent à la phthisie scrofuleuse aucun caractère spécial. Nous n'adopterons ni l'une ni l'autre de ces opinions, bien que la dernière soit plus rationnelle que la première, nous indiquerons plus loin le motif de notre manière de voir.

(1) *Hérard et Cornil. De la phthisie pulmonaire.* Paris, 1867.

— CHAPITRE VII. —
Les scrofuleux phthisiques.

Nous avons essayé de démontrer que la phthisie scrofuleuse n'existe pas en tant qu'espèce morbide : nous en avons trouvé des preuves, et dans l'anatomie pathologique et dans les symptômes, c'est-à-dire là où l'on avait cru reconnaître des raisons suffisantes pour l'établir.

Mais s'il n'existe pas d'espèce morbide, on rencontre des particularités cliniques qu'il est bon de mettre en relief.

Ce chapitre n'est point fait au point de vue doctrinal ; nous nous plaçons en face des *scrofuleux phthisiques*, et nous observons des nuances cliniques qui ne manquent pas d'intérêt.

A la suite de quels accidents scrofuleux voit-on se produire les anomalies de la phthisie ?

Il faut établir ici une division.

Chez les scrofuleux avec scrofulides exsudatives, adénopathies suppurées ou non, localisations bénignes de la scrofule, on voit survenir toutes les formes de la phthisie vulgaire, les formes torpides, la forme chronique ordinaire, les formes pneumoniques et même les formes aiguës.

Il n'en est pas toujours ainsi lorsqu'il s'agit des manifestations osseuses ou articulaires dites scrofuleuses. C'est dans le *cours de ces lésions* que l'on voit le plus souvent des anomalies d'évolution de la phthisie.

C'est là une distinction capitale.

Occupons-nous maintenant des modalités cliniques observées chez les phthisiques scrofuleux. Nous réunissons ces particularités en groupes, en faisant remarquer que ces types ne constituent pas des formes, ce sont à peine de simples variétés ; les groupes sont artificiels et n'ont pour objet que de mieux graver dans la mémoire les faits cliniques.

A. — *Modalités cliniques suivant le rapport de l'état général à l'état local* : 1^o *type mortonien* ; 2^o *type irritable* ; 3^o *type vasculaire* ; 4^o *type fruste*.

1^o *Type mortonien*. — Lorsqu'on observe avec soin l'évolution de la phthisie chez les scrofuleux, on remarque que les auteurs anciens ont beaucoup trop accentué les différences, sans se préoccuper assez des analogies qui relient la phthisie scrofuleuse à la phthisie commune.

La confusion est à son comble lorsqu'ils étudient la phthisie chez les scrofuleux en général ; ils négligent alors complètement de former des catégories et de rechercher si la phthisie qui se manifeste dans la scrofule légère a les mêmes allures que celle qui survient dans la grande scrofule. Il est pourtant certain, qu'au point de vue clinique, il existe des différences sur lesquelles nous aurons à insister dans la suite.

On rencontre ce type, soit après des scrofulides, des écrouelles, des altérations dites scrofuleuses du squelette.

Prenons, en premier lieu, une scrofule de moyenne intensité : un individu a présenté, dans son enfance, des scrofulides bénignes exsudatives, des otorrhées plus ou moins intenses ; il survient ensuite des adénopathies ;

toutes ces manifestations guérissent vers l'âge de douze à quinze ans; et vers dix-huit à vingt ans, apparaissent les premiers indices de la phthisie pulmonaire caractérisés par une période d'*état latent* de longue durée; la dyspnée manque; à peine un léger essoufflement suit-il les exercices violents; il n'y a pas de fièvre, pas d'amaigrissement bien accentué; les fonctions digestives sont à peu près régulières.

Un peu plus tard, les signes physiques révèlent un certain bloc pulmonaire (induration caséeuse); la fièvre est légère, l'embonpoint est conservé; il y a désaccord entre l'*état local* et l'*état général*. On a même avancé que la fièvre pouvait manquer, mais le fait n'est pas exact. Si l'on mesure au thermomètre la température centrale, on note 38,5, 38,8.

Enfin le scrofuleux arrive à la période de ramollissement. L'état fébrile augmente, l'amaigrissement s'accentue, les fonctions des voies digestives commencent à s'altérer, la diarrhée se manifeste et, si le malade n'est pas emporté par quelque complication inflammatoire ou autre, il atteint la phase cachectique avec fièvre hectique. Il a commencé son existence en scrofuleux et la terminé en phthisique.

La caractéristique majeure de ce type, c'est qu'avec des lésions profondes du poumon, on voit coexister un état général satisfaisant. — Le début est lent, insidieux, il s'annonce toujours par des signes locaux (tuberculose locale) sans épisode aigu; il y a peu de dyspnée, la toux est humide, l'hémoptysie est rare, l'expectoration est abondante, les crachats sont muco-purulents; les phénomènes généraux sont peu accusés, la fièvre est légère, on note la conservation d'une apparence d'embonpoint

qui ne résulte pas d'un accroissement musculaire, mais tient à une sorte d'adipose.

Cependant l'auscultation révèle des craquements humides, l'existence de lésions étendues au tiers supérieur des poumons ; parfois même il existe une caverne pulmonaire. Les troubles digestifs ne surviennent qu'à une période avancée de la maladie.

Ce type n'appartient pas en propre à la scrofule, mais il est incontestable qu'on le rencontre assez souvent chez les scrofuleux. En voici un exemple :

OBSERVATION (personnelle). — Phthisie type mortonien. Gommes périostiques, scrofuleuses. Ulcères arrondis, à bords décollés, disséminés sur différents points.

Le nommé Bon..., âgé de 30 ans, entré le 5 juillet 1880, salle Saint-Léon, lit 70 (Hôpital Saint-Louis, service de M. Besnier, suppléé par M. Quinquaud).

Antécédents héréditaires nuls, pas de syphilis antérieure, a eu de la gourme et de l'eczéma de la tête avec engorgement ganglionnaire persistant pendant trois ans. Ce malade présente, sur le dos de la main droite, une surface saillante, dure, saignant quelquefois, légèrement douloureuse, offrant un aspect fongueux ; cette altération, qui a débuté il y a six mois, est de la largeur d'une pièce de cinq francs. Depuis deux mois, apparition sur le 1/3 inférieur de l'avant-bras droit, de plusieurs ulcérations de cinq centimètres de diamètre, saignantes ; l'une est recouverte de croûtes écailleuses reposant sur un fond violacé et proéminent. Au coude droit, saillie rouge, violacée, suppurant ; à la partie interne du bras du même côté, on trouve des cicatrices récentes sans suppuration actuelle. Ces surfaces cicatricielles déprimées sont adhérentes aux tissus sous jacents. Au niveau de la région trochantérienne gauche et dans la moitié supérieure et externe du fémur, on voit deux cicatrices déprimées, adhérentes aux parties profondes et suppurantes, et au-dessous d'elles, une tumeur régulière, fluctuante, sans changement de couleur à la peau.

La malléole externe droite présente une tuméfaction assez volumineuse rouge violacée, dont la couleur disparaît sous la pression. Au milieu de cette tuméfaction, on voit cinq ulcérations suppu-

antes, dont la plus grande est à fond grisâtre, fongueux. A l'auscultation, on entend, au sommet du poumon gauche, un souffle caverneux avec quelques râles muqueux à grosses bulles; les sueurs sont modérées. L'appétit est peu diminué, pas de diarrhée. Ce malade tousse depuis six ans; hémoptysie (un demi-verre de sang il y a dix ans). Il crache assez abondamment depuis un an; bien qu'il ait maigri, il conserve encore un certain embonpoint, malgré son rude métier de journalier. Ses forces ont surtout diminué depuis l'apparition de ces ulcères fongueux.

Dans ce cas, il existe bien une phthisie à *marche lente* coïncidant avec des localisations de gommes périostiques.

2^e *Type irritable*, nerveux de M. Ferrand (1). — Ce type se rencontre de préférence chez la femme et s'associe au tempérament nerveux, de manière à engendrer un état particulier d'éréthisme bien connu des cliniciens. Une femme, jeune encore, est prise d'une hémoptysie légère, bientôt elle est poursuivie par des douleurs thoraciques névralgiformes, qui font le désespoir de la malade et du médecin; l'intensité, la durée, la forme de ces douleurs offrent des degrés divers, tantôt multiples et excessives, tantôt faibles et rares; plus tard, la toux devient pénible, douloureuse, parfois même il survient des vomissements incessants. Le pouls est fréquent, aussi bien dans la journée que le soir, où l'on remarque de légers phénomènes congestifs à la face.

Pendant longtemps, ces troubles fonctionnels dominent la scène morbide; c'est un état douloureux avec excitation cardiaque, très souvent désigné sous le nom de nervosisme, parce que les signes physiques sont à peine accentués, il faut ausculter avec soin pour les reconnaître; le désaccord entre les troubles fon-

(1) Ferrand. — *Leçons cliniques sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. Paris, 1880.

tionnels et les signes d'auscultation est de toute évidence ; la lésion est une, tandis que les troubles fonctionnels sont cent. La marche des accidents est donc lente et la forme peut rester latente pendant quelque temps. Cet état atténué des troubles locaux peut se maintenir de 3 à 10 ans.

Puis arrive une phase intermédiaire dans laquelle les signes physiques restent les mêmes, tandis que l'état général s'allète. Plus tard, la malade devient une vraie malade, le ramollissement se produit à bas bruit, sournoisement, silencieusement, parfois rapidement ; les râles muqueux augmentent de nombre, d'étendue, on entend du gargouillement, dès lors, la marche est envahissante et la malade succombe.

Ce n'est pas la phthisie tout entière qui est lente dans sa marche, c'est son début ; nous retrouvons, d'ailleurs, cette particularité dans un grand nombre de phthisies chez les scrofuleux.

3^e Type vasculaire, pseudo-pléthorique. — Dans ces cas, les troubles vaso-moteurs acquièrent un maximum de développement, le teint est coloré (phthisis florida), la fièvre s'allume très facilement, mais elle est légère, fugace, du moins au début ; il y a une grande tendance aux épistaxis, aux ménorrhagies. Malgré tout, bien qu'il existe parfois un véritable bloc de lésions tuberculeuses, l'état général persiste relativement satisfaisant pendant assez longtemps.

4^e Type fruste. — Nous entendons par ce terme une phthisie chez les scrofuleux en suppuration dans laquelle les débuts et la période d'état, au point de vue des signes fonctionnels, sont tellement atténués que la

phthisie passe inaperçue. Ce type se manifeste surtout dans les cas où le sujet scrofuleux présente une localisation importante (périostite, lésion articulaire); il pâlit, devient anémique, sans œdème, mange peu, présente une très légère fièvre le soir, et tous ces symptômes sont mis sur le compte de sa détermination morbide locale, scrofuleuse.

Bientôt arrive la phase phthisique qui correspond au ramollissement caséux. La fièvre s'allume, la diarrhée s'établit, l'expectoration devient abondante; le malade devient cachectique, mais souvent l'évolution de ces différents symptômes se fait lentement, avec des *améliorations passagères*, le scrofuleux phthisique meurt comme un phthisique ordinaire.

Dans ces cas, le diagnostic est parfois d'une *difficulté extrême* au début, et cependant, au point de vue de l'indication ou de la contre-indication des opérations graves, il faut *distinguer la tuberculose vraie de la cachexie causée par la suppuration chronique*. C'est surtout l'examen local du poumon qui lève les doutes et nullement l'état général, qui peut être le même dans les deux cas: ce sont, en particulier, les signes d'auscultation: la respiration rude, le timbre égal de l'expiration et de l'inspiration, l'expiration prolongée; on peut recourir à l'examen de l'exhalation de l'acide carbonique par la méthode de MM. Gréhant et Quinquaud; cette méthode met en évidence la diminution de l'exhalation de l'acide carbonique dans le cas de tuberculose. Cette exhalation reste normale dans les suppurations, parfois même elle est augmentée. L'association de ces diverses méthodes donne souvent le moyen de confirmer la présence des tubercules.

B. — *Modalités cliniques dépendant de la marche :*
1^o *type à colonies*; 2^o *type subaigu*; 3^o *type aigu*.

1^o *Type à colonies* (souvent tuberculose chirurgicale ou *tuberculose externe*). — C'est un type assez fréquent qui coïncide souvent avec des foyers ostéo-périostiques. Le début de la phthisie précède ou suit les tuberculoses localisées, qu'elles tiennent un temps plus ou moins long à envoyer des colonies; un foyer tuberculeux se développe en un point de l'appareil génito-urinaire ou au sommet des poumons ou encore dans une articulation et y produit des altérations souvent secondaires bien connues des chirurgiens; ce nid du virus tuberculeux établit là droit de domicile et fait penser à la scrofule. Il s'agit réellement d'une tuberculisation qui n'a pas les allures de la tuberculose vulgaire. Aussi a-t-elle été confondue pendant longtemps avec les phlegmasies chroniques de la scrofule. Notons qu'on voit se produire assez souvent l'*altération amyloïde*, la dégénérescence albumineuse, la pléthora protoplasmique du foie, des reins, de la rate; ces organes malades renferment alors, d'après nos analyses chimiques, 2 ou 3 fois plus d'azote que l'organe sain. Ces foyers tuberculeux ont une grande tendance à évoluer lentement, à guérir même momentanément, pour reprendre plus tard leur marche. Il y a là d'ailleurs des degrés, des nuances bien difficiles à décrire: chez tel sujet, la lésion guérit, chez tel autre elle prendra les caractères d'une altération maligne et tendra vers une terminaison fatale. C'est ainsi qu'après des amputations de tumeurs fongueuses, on voit certains sujets rester longtemps sans récidive; chez d'autres, la récidive se produit peu

de temps après, sur un autre point pulmonaire ou extra-pulmonaire ; après avoir subi une amputation pour une tumeur blanche du genou, le malade est affecté, au bout de deux ou trois ans, d'une tumeur blanche du coude, ou bien il succombe à la phthisie pulmonaire.

Ce sont là des tuberculoses relativement bénignes à cause de leur évolution lente et de leur guérison temporaire possible ; mais les guérisons définitives y sont assez rares. En suivant les malades pendant plusieurs années, on verra qu'un grand nombre succombent à la phthisie pulmonaire, nous ne pouvons donner de statistique à cet égard, mais nous nous rappelons fort bien le cas de trois jeunes soldats de la Creuse, qui, après avoir subi diverses opérations pour des abcès froids, des lésions osseuses et articulaires, finirent par succomber à la phthisie sept ans et dix ans après leur retour dans leurs foyers.

Ces phthisies sont, en général, des phthisies *torpides*, usqu'à l'arrivée de la 2^{me} période : les malades gardent longtemps les signes physiques du 1^{er} degré. Le caractère fondamental et majeur est l'état *latent* du début, latent au point de vue des symptômes physiques et fonctionnels.

2^o *Type subaigu.* — Chez un sujet ordinairement jeune, qui a été affecté de manifestations scrofuleuses variées, siégeant dans divers tissus, on voit survenir une toux qui ne présente point le caractère aigu. Cette toux, dès le début, est souvent humide, ce qui témoigne d'un certain degré de catarrhe dit scrofuleux avec infiltration abondante de cellules (Virchow, Rindfleisch) ; il n'y a que peu ou pas d'hémoptysie ; les signes d'auscultation deviennent assez nets à la fin du deuxième

mois. Bientôt les sueurs se produisent ; la diarrhée précoce, simple au début, est plus tard parsemée de stries purulentes ou sanguinolentes.

Les signes physiques annoncent bientôt la deuxième période. La fièvre est toujours modérée ; puis les phénomènes s'accentuent rapidement et le malade succombe ; l'autopsie révèle des indurations caséuses tuberculeuses après six à huit mois de maladie.

Voici un exemple que nous empruntons à Morton ; c'est d'ailleurs le seul qu'il rapporte :

OBSERVATION.

« Le fils unique de Darison, citoyen et marchand de Londres, était atteint, depuis le berceau jusqu'à l'âge de la puberté, d'un eczéma humide, siégeant à diverses reprises sur toute l'étendue de la tête et causé par une constitution scrofuleuse. Profondément affligé et ennuyé lorsqu'il devint jeune homme, il parvint à recouvrer la santé, grâce à des emplâtres et à je ne sais quel onguent de vieille femme. Il en résulta aussitôt, vers l'année 1678, qu'il fut tourmenté pendant tout l'été par une toux aride, due à des tubercules pulmonaires récemment produits. Néanmoins, il négligea cette toux pendant un ou deux mois, jusqu'à ce qu'il survint une légère inflammation et une ulcération de ces tumeurs, puis il fut pris, au commencement de l'automne, de fièvre putride intermittente avec perte d'appétit et autres symptômes de même nature. A cette époque, il vint me consulter. Grâce à l'écorce du Pérou, aux balsamiques et pectoraux, il paraissait délivré de la fièvre et de la toux ; mais, par son impatience et son dégoût des médicaments, il négligea son traitement et vit reparaître sa toux phthisique et sa fièvre. Ces symptômes le firent mourir vers le milieu de l'hiver, en même temps il s'était déclaré de la diarrhée, des sueurs abondantes, des hydropisies, et les autres symptômes du marasme. »

3^e Type aigu. — Les caractères généraux de ce type sont les suivants : l'affection débute avec calme, sans

prodromes, à part quelques troubles nerveux. Le malade devient impropre au travail, triste, irascible, il est pris d'insomnie, perd l'appétit, la langue se recouvre d'un léger enduit saburral. Puis les phénomènes céphaliques s'accentuent, la céphalalgie augmente, il y a des troubles de la vue, une légère photophobie, des tintements d'oreilles, des épistaxis, un peu de dyspnée, assez souvent un léger épanchement, ordinairement double, oscillant dans son évolution ; l'abdomen devient sensible, la fièvre est modérée.

En un mot, il n'existe pas de périodes nettes ; l'invasion est lente, insidieuse, sans secousse intense de l'organisme ; ce sont les signes céphaliques qui dominent au début, il y a des troubles des sens, des hallucinations et des vertiges avec une céphalalgie modérée, quelquefois par accès. Les signes abdominaux sont : un peu d'anorexie, des nausées et des vomissements, des douleurs abdominales accusant une subinflammation péritonéale ; les symptômes thoraciques sont : un peu de pleurodynie, de la toux et un épanchement double, d'une abondance qui varie d'un jour à l'autre.

Tantôt un groupe quelconque de ces symptômes prédomine, tantôt les trois s'associent. Suivant le cas, on aura alors la forme typhoïde avec son hyperesthésie, la tache cérébrale et le ballonnement abdominal, la forme cérébrale avec ses cris hydrencéphaliques, la céphalalgie, les vomissements et l'hyperesthésie, le pouls lent, irrégulier, le calme méditatif (Empis) (1) ; la forme thoracique dans laquelle l'élément pleurésie joue un rôle important ; ces pleurésies doubles, à marche oscillante, sont surtout reconnaissables à l'état général prodro-

(1) Empis. De la granulie ou maladie granuleuse. Paris, 1865.
uinquaud.

mique, dont nous ayons indiqué les signes principaux, et aux phénomènes ultérieurs qui en révèlent la gravité.

La forme *abdominale* s'accuse par un développement abdominal et des signes qui simulent ceux de la fièvre typhoïde.

Le plus souvent ces formes sont atténées dans leur évolution, leur intensité, et leur netteté ; en un mot, la phthisie aiguë, survenue dans le cours des affections scrofuleuses graves et à la suite d'altérations scrofuleuses des os ou des articulations, se caractérise par sa *marche rapide* et les *anomalies de son évolution*, *ibidem*, ainsi les nois

La phthisie aiguë qui survient dans la *petite scrofule* (adénopathies, serofulides exsudatives, scrofulides cutanées) peut avoir la même marche que la phthisie ordinaire.

La phthisie aiguë peut apparaître dans des circonstances spéciales : chez un enfant scrofuleux atteint d'eczéma chronique, on voit parfois l'éruption pâlir, diminuer, cesser même, alors qu'il est pris de dyspnée, de phénomènes catarrhaux et asphyxiq. Kortum, qui avait été témoin de faits semblables, pensait qu'il y avait là métastase ; l'interprétation est inexacte, les deux actes morbides ne sont pas de même nature, il faut y voir simplement un phénomène de dérivation, de révulsion.

Parfois, on note également la forme *pneumonique* casséeuse aiguë, mais elle ne présente, chez les scrofuleux, aucun caractère spécial à noter.

C. *Modalités cliniques dues à des complications :* 1^o *Type à néphrite parenchymateuse sans œdème ;* 2^o *Type à néphrite parenchymateuse avec œdème ;* 3^o *Type viscéral ;* 4^o *Type catarrhal.*

ab 1^o *Type à néphrite parenchymateuse sans œdème notable.*

— On rencontre des scrofulo-tuberculeux qui présentent des lésions de néphrite parenchymateuse. Les divers recueils, en particulier celui de la Société anatomique, en ont publié des exemples. La marche de la phthisie peut alors être chronique, subaiguë, aiguë, ou très lente.

En général, il s'agit d'un enfant, d'un adolescent ou d'un jeune homme, plus rarement d'un adulte qui a présenté des accidents scrofuleux. Dans le cours de ces accidents ou après leur cessation, il survient de la toux avec ou sans expectoration ; puis apparaît une très légère bouffissure de la face et des membres inférieurs ; avec les années la maladie s'aggrave ; souvent l'amaigrissement est masqué par une *fausse apparence d'embonpoint*, due à un peu d'infiltration séreuse. Nous avons en ce moment dans notre service, aux Méhages, une femme de 43 ans qui présente ce type bien net. Enfin chez certains malades l'amaigrissement est léger ; mais dans tous les cas ils ont perdu de leur poids.

Il n'est pas rare que l'appétit se maintienne pendant longtemps, que l'état général reste satisfaisant, et que la fièvre manque, bien que les signes physiques soient ceux de la deuxième période de la phthisie. Enfin les malades finissent par succomber, mais parfois après de longues années. Nous en rapportons ici une observation clinique :

OBSERVATION (due à M. Leloir). — Phthisie chez une scrofuleuse.
Tuberculose laryngo-pulmonaire. Albuminurie.

La nommée C. J. âgée de 15 ans, entrée le 27 juin 1882, salle Sainte-Honorine, lit 27 (service du professeur Fournier).

Ant. héréditaires : mère morte tuberculeuse. Frères et sœurs scrofuleux.

Antéc. personnels : manifestement strumeuse. Vers l'âge de 3 ans : maux d'yeux peudant deux mois, gourme, quelques ganglions engorgés, mais non suppurés au cou.

Tousse depuis de longues années.

Aphonie depuis un an.

Croit maigrir depuis six mois. Diarrhée en mars et avril.

La malade a vu survenir, pendant l'hiver dernier, un œdème des membres inférieurs qui a augmenté progressivement; en même temps elle urinait souvent.

A son entrée on constate que cette malade n'est pas développée; elle a l'aspect d'une enfant de 10 ans, elle n'est pas réglée, ses seins ne sont pas développés et elle a à peine quelques poils au pubis. Teint pâle, légère bouffissure de la face. Peu d'infiltration séreuse des membres inférieurs.

Aphonie complète. Léger degré de cornage et de tirage sus-ternal.

Pas de signes physiques à l'auscultation du sommet du poumon gauche. Sous la clavicule droite on constate de la matité et on entend des craquements. En arrière du poumon droit, surtout au tiers moyen, bruits pleuraux.

Appétit conservé, pas de vomissements, ni de diarrhée.

Foie et rate paraissant augmentés de volume.

2^e Type à néphrite parenchymateuse avec œdème. — Cette forme de phthisie scrofuleuse appartient le plus souvent aux tuberculoses qui accompagnent la grande scrofule. Un adolescent, un adulte, qui a été atteint de scrofule cervicale et plus tard de suppuration osseuse, est pris de toux, il ressent une légère dyspnée et présente de la bouffissure nettes à la face. La suppuration osseuse a été longue et le malade est tombé dans l'anémie; il se cachectise d'une façon spéciale. Sa cachexie n'est point

la cachexie sèche d'Arétée, mais une sorte de cachexie humide; l'individu est pâle, il montre de la bouffissure plutôt que de l'anasarque, sans amaigrissement apparent.

Dans les urines on trouve parfois une certaine quantité d'albumine. La rate augmente peu de volume, le foie déborde les fausses côtes, en même temps apparaît une légère ascite, la diarrhée devient plus intense, le malade expectore une certaine quantité de crachats muco-purulents; sa phthisie est plutôt torpide avec atténuation de tous ses symptômes.

Bientôt l'œdème se développe et se généralise, les malades pourraient paraître atteints de néphrite parenchymateuse simple, d'autant mieux que les signes physiques sont parfois peu accentués, que les râles peuvent simuler la bronchite et l'œdème pulmonaire; mais en se rappelant les caractères assignés à cette bronchite par M. le professeur Lasègue, il sera possible d'éviter l'erreur. Ces difficultés de diagnostic surgissent toutes les fois que plusieurs états morbides coexistent chez le même malade. Dans certains cas l'œdème est à peine sensible, excepté à la période ultime, cachectique. Longtemps après, la lésion pulmonaire s'aggrave, le ramollissement tuberculeux et la fièvre hectique surviennent, enfin le malade succombe, non pas avec la cachexie tuberculeuse sèche, mais avec la cachexie humide.

L'examen direct révèle tous les signes d'une phthisie avec ou sans cavernes, en même temps que l'on constate les lésions de la néphrite, coïncidant avec une dégénérescence amyloïde disséminée.

3^e Type viscéral. — Une jeune fille, un adolescent ont eu des accidents strumeux, des brides cervicales avec

cicatrices et des brides keloidiennes; toutes les lésions sont guéries depuis 10 ou 15 ans. A un certain moment, on vient à remarquer de l'apathie, de la langueur; pendant longtemps on ne s'en inquiète pas. Mais, vu la persistance de l'état valétudinaire, on se décide à consulter un médecin qui constate une hypertrophie du foie et de la rate, l'abdomen est volumineux, l'examen du sang ne décèle que les lésions de l'anémie, à peine existe-t-il une trace d'albumine dans les urines. Cet état dure des mois, quelquefois des années. On ne trouve aucun signe de lésion thoracique; on cherche la diathèse lymphogène sans la rencontrer, on croit à une affection organique du foie; en un mot le diagnostic reste incertain.

Plus tard le sujet se met à tousser un peu, il expectore quelques crachats muqueux, éprouve du malaise avec un peu d'amaigrissement; l'appétit cesse puis revient pendant 8, 15 jours. Il en est ainsi durant deux ou trois ans, souvent plus, et si on n'est pas prévenu de la possibilité de la phthisie pulmonaire, le diagnostic restera doutéux. Au début, les signes physiques sont difficiles à percevoir; cependant, avec M. Grancher, nous croyons qu'à cette époque le diagnostic est possible, à la condition de pratiquer l'auscultation minutieuse.

Après un certain laps de temps, la tuberculose pulmonaire s'aggrave et le malade succombe avec ce teint blanc mat des sujets atteints de dégénérescence amyloïde.

L'autopsie démontre l'existence d'un foie, d'une rate, d'un rein amyloïdes. Nous avons pu en observer un bel exemple dans le service de M. Mesnet à l'hôpital Saint-Antoine; le fait dominant pendant la vie était l'aug-

mentation de volume du foie et de la rate; la tuberculose pulmonaire était légère.

L'hypertrophie plus ou moins accentuée du foie, de la rate et des reins ne provient pas toujours de la dégénérescence amyloïde; elle tient souvent à une lésion chimique spéciale, caractérisée par une augmentation considérable des matériaux azotés qui ont doublé ou triplé de valeur. Nous désignons sous le nom de *pléthore protoplasmique*, cet état qui produit une augmentation de volume et de poids des organes, simulant ainsi la dégénérescence amyloïde, mais celle-ci est presque incurable, l'autre ne l'est pas.

Cette lésion se rencontre principalement dans les cas de scrofule présentant une certaine intensité et est souvent accompagnée d'un certain degré de cirrhose; l'aspect des tissus à l'œil nu ressemble beaucoup à celui de la dégénérescence lardacée.

4° Type catarrhal. — Un enfant de 5 à 10 ans entre dans la scrofule par des éruptions tenaces rebelles à tout traitement; souvent avant cette époque, il présente des signes de catarrhe bronchique, et s'enrhume avec la plus grande facilité. L'eczéma subit des oscillations d'amélioration et d'aggravation; la fièvre est légère, fugitive. L'enfant reste pâle, anémique avec un certain embonpoint, nonchalant. Vers l'âge de la puberté, il commence à maigrir, et présente des signes de congestion aux sommets, les fonctions digestives s'altèrent, l'enfant se cachectise, et bientôt on constate tous les signes physiques d'une phthisie qui évolue dans l'espace d'un à deux ans. Cette variété n'est pas une des plus fréquentes et offre plus d'un problème à résoudre. Il n'est pas rare en effet de voir survenir chez des en-

fants catarrheux et eczémateux des accidents de divers ordres qui embarrassent souvent le clinicien. Parfois en effet, ils sont pris d'accidents dits métastatiques : leur eczéma pâlit, sécrète moins, semble s'effacer ; en même temps ils se trouvent affectés d'une dyspnée intense, de suffocation avec râles sibilants, ronflants et muqueux plus ou moins nombreux ; l'enfant succombe après un temps assez court, quinze jours à un mois, et on constate les lésions de la tuberculose. Mais d'autres fois, avec des symptômes peu différents, bien qu'ils offrent plus d'acuité, on ne trouve que les lésions de la congestion pulmonaire, de la bronchopneumonie ou de la bronchite capillaire simple.

Le diagnostic est alors des plus difficiles, souvent impossible : c'était un catarrheux dès son enfance ; s'il survient un épisode aigu, on croit qu'il s'agit d'une poussée de bronchite ou de congestion pulmonaire, on porte un pronostic assez favorable et le malade succombe à la tuberculose. Le diagnostic reposera surtout sur *l'examen des sommets*, ou sur un *maximum circonscrit* à l'un des points du poumon.

Un mot de la pathogénie de la tuberculose pulmonaire. — Bahl et Niemeyer croient que des foyers très restreints de matière caséeuse peuvent jouer un rôle infectant et donner naissance à des granulations tuberculeuses. Mais, ainsi que l'objecte M. Cornil, il est des cas où ces deux observateurs n'ont pas trouvé le foyer caseux.

Récemment encore Birch-Hirschfeld (1) s'exprimait en ces termes : « A meilleur titre que la pneumonie caséeuse, la tuberculose miliaire généralisée mérite

(1) Birch-Hirschfeld, *Handbuch der Path. D: Ziemssen, 1877.*

« d'être regardée comme une complication de la scrofule, soit qu'il s'agisse d'une véritable métastase (transport par le sang des éléments du tubercule), soit qu'il y ait infection par une substance formée dans le foyer primitif caséux ou tuberculeux. »

Avec la nouvelle doctrine de l'infection par les infiniment petits, un foyer initial n'est plus nécessaire pour expliquer la pathogénie de cette phthisie, puisqu'un produit tuberculeux peut prendre naissance partout où le virus tuberculeux pénètre et séjourne un certain temps (Cohnheim) (1).

Comment expliquer les rapports de coïncidence de la scrofule et de la phthisie? Dans l'état actuel de nos connaissances, il est rationnel d'admettre que la tuberculose étant une maladie virulente (ce qui ne l'empêche pas de se transmettre par l'hérédité), la scrofule est un terrain favorable à l'évolution du virus tuberculeux: c'est l'opinion défendue par M. le professeur Bouchard, MM. Rendu, Landouzy, Brissaud et bien d'autres.

CHAPITRE VIII

Déductions diagnostiques

Devant un scrofuleux phthisique, le médecin se trouve appelé à résoudre plusieurs problèmes : l^o reconnaître la scrofule; nos études des chapitres II et III serviront à éclairer ce premier point; par conséquent c'est à l'aide

(1) Cohnheim. La tuberculose au point de vue de la doctrine de l'infection. Progrès médical, 1882.

de la méthode d'observation clinique associée aux méthodes modernes que dans bon nombre de cas, non dans tous, la question sera élucidée. Nous insistons tout spécialement pour qu'en présence d'un malade, alors même qu'il offre tous *les traits de la scrofule classique*, on examine avec grand soin les antécédents de syphilis acquise ou héréditaire. En effet, comme nous avons cherché à l'établir, nombre d'accidents scrofuleïdes dépendent de la syphilis, soit qu'il s'agisse d'accidents syphilitiques vrais, soit que l'on ait affaire à une sorte de *dégénérescence scrofuleïde ou tuberculeuse* chez des sujets issus de parents syphilitiques. Indépendamment des os des membres, l'os malaire, le frontal, le maxillaire supérieur sont souvent dans la syphilis héréditaire le siège d'ostéite, de carie, de nécrose, etc. Les opérés scrofuleux guérissent bien, les opérés syphilitiques offrent des bourgeons charnus qui s'ulcèrent, mais guérissent par le sirop de Gibert (Dr Cazin de Berek).

2^e Le diagnostic de la phthisie se conclura de l'auscultation attentive et répétée des sommets; sans oublier que pendant longtemps il n'existe aucun signe fonctionnel révélateur; le moindre essoufflement, une toux persistante doivent éveiller l'attention du médecin, surtout en présence de la *grande scrofule* (lésions osseuses, articulaires, périostites fongueuses, chronicité et multiplicité, des localisations).

Cela posé, il faudra encore se demander si le scrofuleux n'est pas un scrofuleux arthritique et si la phthisie ne présente pas quelques-uns des caractères de la phthisie chez les arthritiques, caractères dont on a exagéré l'importance, mais qui néanmoins présentent quelques particularités cliniques. La phthisie des arthritiques est lente, il y a un long intervalle entre les

poussées congestives tuberculeuses ; les hémoptysies sont répétées ainsi que les accès fébriles, ce qui ne se présente guère chez les strumeux ; peut être les blocs caséux sont-ils plus fréquents chez les scrofuleux que chez les arthritiques ; la cachexie humide, c'est-à-dire avec œdème, est plus fréquente chez les scrofuleux.

Quant à la distinction avec la *phthisie acquise*, établie par certains auteurs, elle est beaucoup trop accentuée. Dans la phthisie acquise, on rencontre à peu près les mêmes formes que dans la phthisie chez les scrofuleux.

Il faudra chercher à établir s'il s'agit de *fausses phthisies* avec *catarrhe scrofuleux* ou bien dégénérescence amyloïde (Hayem). C'est par l'auscultation attentive et la coïncidence de suppuration que l'on arrivera au diagnostic. Il ne faut jamais oublier que le syphilitique avec lésions pulmonaires peut être pris pour un scrofuleux phthisique ; dans ce cas c'est le traitement spécifique qui résoudra le problème. Il sera plus difficile de savoir s'il existe une *pléthore protoplasmique* ou une altération amyloïde des organes : si le foie et l'abdomen diminuent de volume, si l'état général s'améliore sous l'influence du traitement approprié, les probabilités seront en faveur de la pléthore cellulaire.

3° Le diagnostic des divers types sera facile à l'aide des éléments que nous avons développés dans le chapitre VII.

CHAPITRE IX.

Déductions pronostiques.

Beaucoup d'auteurs affirment que la phthisie chez les scrofuleux n'a qu'une gravité modérée (Lugol, Milcent, Bau, Ferrand). Le fait est-il exact

dans toute sa rigueur ? On tomberait dans l'erreur en répondant affirmativement à cette proposition générale. Toutefois, dans certains cas, une guérison, du moins temporaire, a été observée et la curabilité est admise avec raison par beaucoup de cliniciens. Pour juger la question, il convient de faire intervenir les circonstances dans lesquelles se produit la phthisie, les types morbides et la constitution du sujet.

Reprendons ici notre division : la phthisie, qui survient chez ceux qui ont eu des scrofules exsudatives ou des adénopathies, peut être tout aussi grave que celle qui se développe chez d'autres malades non scrofuleux. La phthisie des malades scrofuleux qui ont servi à établir notre statistique n'a duré en moyenne que dix-sept mois ; le minimum ayant été de six mois et le maximum de quatre ans.

Mais la phthisie qui se manifeste avant ou dans le cours de certaines arthropathies fongueuses peut évoluer fort lentement : il ne faut pas en conclure que toutes les phthisies qui se produisent dans ces circonstances auront cette marche ; quelquefois, en effet, l'évolution est rapide et impossible à prévoir.

Il faut aussi prendre en considération les types que nous avons décrits.

Le type *viscéral* offre aussi une marche lente, mais qui sera progressive sans temps d'arrêt, si les lésions amyloïdes disséminées dans les parenchymes envahissent les reins, et tôt ou tard la mort surviendra.

Quant au type *aigu*, le pronostic est fatal comme dans la phthisie ordinaire.

Le type *catarrhal* est très grave : les malades meurent rapidement avec des phénomènes d'asphyxie et de suffocation.

Dans le type *adématieux*, la marche est lente, mais elle est progressive et ne s'arrête pas ; les lésions des reins nous expliquent cette marche envahissante.

Le type *latent* est de ceux qui emportent les malades le moins vite. Les sujets, qui ont des adénopathies ou des lésions osseuses ou articulaires, peuvent vivre fort longtemps. Dans cette forme de tuberculose externe, le pronostic peut de même n'être pas défavorable.

Le scrofuleux phthisique nerveux résiste, parfois longtemps, mais à partir de la phase cavernuleuse, sa tuberculose évolue avec une extrême rapidité.

Le scrofuleux phthisique pseudo-pléthorique est exposé aux dangers des congestions pulmonaires avec hémorragies.

Ce qui diminue également la gravité du pronostic, c'est la circonscription de la lésion qui se *cantonne* dans un point, circonstance qui n'est pas rare chez les scrofule-tuberculeux.

Voici d'ailleurs les propres paroles du professeur Jaccoud (1) qui résume la question :

« Au point de vue de la curabilité, je ne puis la considérer comme aussi favorable que la phthisie acquise primitive, mais elle est incontestablement moins redoutable que la maladie engendrée par l'hérédité ou par l'innéité, si toutefois les lésions sont limitées aux poumons. L'évolution est remarquablement lente, et cette lenteur naturelle d'allures apparaît même dans la forme pneumonique, qui ne présente jamais la rapidité et l'acuité indomptables qui la caractérisent trop souvent dans les autres variétés étiologiques ; le médecin a donc le temps d'agir, et la dystrophie scrofuleuse qui est le fond de l'état morbide, quelles qu'en soient les déterminations locales, est de celles qui peuvent être le plus sûrement amendées par la thérapeutique. Ici encore, par conséquent, la curabilité peut être réalisée, et à défaut de guérison complète, on doit toujours espérer et poursuivre cette guérison relative qui assure parfois même une immunité indéfinie.

(1) Jaccoud. Curabilité et traitement de la phthisie, p. 39. Paris, 1881.

« Le duc de R... et le jeune homme russe dont je vous ai parlé, étaient tous deux scrofuleux; leur phthisie était une phthisie scrofuleuse; ils ont guéri, le premier avec une cicatrisation complète, le dernier avec persistance de lésions inertes, qui sont depuis longtemps sans influence sur l'état de sa santé.

« En revanche, lorsque les lésions ne sont pas rigoureusement bornées aux poumons, la phthisie scrofuleuse perd toutes les chances favorables que je viens de lui attribuer, et elle peut revêtir une extrême gravité, soit parce que des altérations ganglionnaires exposent le malade aux accidents de l'adénopathie mésentérique, bronchique ou cervicale, soit parce que des foyers caséux mal éteints, datant de la phase infantile de la scrofule, menacent à chaque instant de l'infection secondaire qui se traduit par la granulose aiguë. »

Pour apprécier le pronostic chez ces scrofule-tuberculeux, il faut donc prendre en considération des éléments divers, les conditions hygiéniques, l'état de la lésion, les variétés cliniques, la coïncidence avec des localisations scrofuleuses. On voit souvent des scrofules en apparence graves guérir rapidement, d'autres qui semblent des *riens* persister des années; aussi avant de se prononcer sur la bénignité ou la gravité d'une scrofule, il faut la soumettre à l'épreuve thérapeutique qui est le grand air, la lumière, le soleil, l'air marin, l'huile de foie de morue, de bonnes conditions hygiéniques; si après un mois environ de ce traitement, il n'est survenu aucune amélioration, concluez que vous avez affaire à un cas sérieux.

Avant de se prononcer sur l'existence ou la non existence de la tuberculose pulmonaire, il sera indispensable de pratiquer *souvent* et avec soin l'examen thoracique; souvent en effet, les signes stéthoscopiques, les troubles fonctionnels n'existent pas, et cependant à l'autopsie on rencontre presque toujours des tubercules à des degrés divers de développement.

La guérison rapide d'un foyer scrofulo-tuberculeux soit spontanément, soit surtout après les amputations, soit sous l'influence de divers traitements, surtout chirurgicaux, peut être suivie de granulie.

CHAPITRE X.

Déductions thérapeutiques.

Nous sommes en présence d'un scrofuleux phthisique, la scrofule est le terrain sur lequel s'est développée la phthisie pulmonaire : nous avons donc deux ordres d'indications qui subsisteront pendant tout le temps de la maladie, il sera utile de modifier le terrain scrofuleux, et de traiter la maladie tuberculeuse avec ses modalités diverses. Avant tout, il importe de prévenir la phthisie, si c'est possible.

Comme mesures *prophylactiques*, nous ferons intervenir tous les moyens qui pourraient accroître les forces respiratoires et développer le champ de l'hématose, il faudra développer les fonctions cutanées par les frictions sèches, l'alcool, les sulfureux. Pour améliorer ou prévenir la phthisie pulmonaire, les chirurgiens opèrent les scrofulo-tuberculeux (1). MM. Simon Duplay et Ollier pratiquent l'amputation des tumeurs blanches coïncidant même avec une phthisie avancée, ils suppriment la suppuration et la douleur, ils gagnent du temps et retardent l'évolution de la tuberculose pendant dix, quinze ans. Les résultats ne sont pas toujours aussi favorables (Verneuil, J. Bernard, Leroux) (2).

(1) Des amputations et des résections chez les phthisiques. Paris, 1880.

(2) J. Bernard. Etude sur les résultats opératoires chez les scrofuleux, th. Paris 1875.

Souvent voici comment les choses se passent, on ampute, deux ans après il se forme un abcès développé *in situ* ou ailleurs; on ampute encore, guérison; deux ans après tumeur blanche du coude, on pratique une résection, guérison; six mois après, adénite tuberculeuse, il semble que l'organisme scrofule-tuberculeux ait besoin d'une localisation; enfin, le malade succombe à une granulie où à une phthisie vraie d'évolution lente ou subaiguë.

Les indications de ces cas sont toutes individuelles et ne peuvent nous arrêter. En fait, il n'est pas rare après la suppression d'une colonie tuberculeuse, de voir se produire une phthisie aiguë.

Les prédisposés iront respirer l'air des bois et des montagnes, et non l'air chaud des régions méridionales. L'air marin leur est favorable; les vêtements seront amples et chauds. Ils éviteront tout ce qui irrite les voies respiratoires.

Le régime alimentaire sera abondant; le vin et l'alcool à doses modérées sont utiles.

L'huile de foie de morue, dit le professeur Jaccoud (1), est un agent indispensable du traitement préventif chez tous les individus entachés de scrofule: « pour eux, le moyen le plus sûr de les mettre à l'abri de la tuberculose, c'est de les guérir de la maladie scrofuleuse; et l'huile de foie de morue, administrée à doses suffisantes et avec persévérence, est sans contredit le remède le plus efficace, on peut l'associer utilement au quinquina et aux ferrugineux, lorsque l'anémie globulaire révèle l'opportunité de ces derniers. Dans ces circonstances, si le malade n'habite pas une résidence de mon-

(1) Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, p. 140, 1881.

tagne, il convient d'utiliser la belle saison par un séjour au bord de la mer, durant lequel on pourra employer, soit les bains de mer, soit l'hydrothérapie à l'eau de mer, selon les indications de chaque cas particulier. » M. Bergeron dans un rapport modèle, a indiqué tous les bienfaits et les inconvénients du séjour maritime.

En cas d'insuccès ou d'intolérance de l'huile de foie de morue, vous ne manquerez pas de recourir aux préparations iodées ou iodurées qui ont bien souvent une action puissante sur la résolution des tumeurs ganglionnaires inflammatoires ou scrofuleuses. Les bains sulfureux seront encore un adjuvant utile du traitement.

Dans le type *mortonien*, on peut employer le fer, qui sera contre-indiqué dans le type irritable, ainsi que dans le type vasculaire et dans le cas de fièvre.

Toute dyspepsie sera traitée avec soin. L'alimentation artificielle rend des services, moins toutefois que dans d'autres formes de phthisie.

On combattrà la scrofule à l'aide des préparations iodées sous toutes les formes : iodure de potassium 0,25 par jour, et sirop d'iodure de fer ; on donnera les phosphates à tous ceux qui ont de la phosphaturie assez abondante. S'il y a coïncidence d'une autre colonie tuberculeuse en voie de suppuration, il faudra la supprimer avec ménagement et prudence ; il y aura lieu de discuter l'opportunité d'une déviation sur un autre point de l'organisme, lorsqu'on fera cesser des foyers suppurant de longue date : on a beaucoup exagéré les troubles qui se produisent à ce moment ; néanmoins, il survient quelquefois des lésions rapides lors de la suppression d'une suppuration ancienne. On voit même

parfois une tuberculose miliaire aiguë succéder à une amputation de tumeur blanche, à la guérison rapide d'un abcès froid : il y a là toute une étude à poursuivre pour savoir d'une manière précise quelle est l'influence du traitement sur le développement de la tuberculisation.

On emploie, non sans succès, les eaux minérales sulfureuses, salines, arsenicales ; pour modifier la constitution scrofuleuse, le professeur G. Séé a préconisé les eaux de Naunheim (1).

Dans le type mortonien, on peut conseiller sans danger les eaux sulfureuses sodiques.

Dans la forme irritable pseudo-pléthorique, il faut éviter les excitants, les eaux arsenicales sont préférables. D'ailleurs, les eaux sulfureuses et arsenicales doivent être déconseillées s'il existe des troubles digestifs. Il est bon même, avant d'envoyer le malade à une station thermale, d'essayer à domicile comment son tube digestif tolère ces eaux.

Voici, d'ailleurs, l'opinion d'un maître en la matière :
« Dans la phthisie scrofuleuse, les eaux à utiliser sont les mêmes que j'ai signalées à l'occasion de la prophylaxie chez les individus entachés de scrofule ; le choix sera guidé par le caractère des manifestations scrofuleuses actuelles ou antérieures et par le mode réactionnel du malade indiquant une cure à excitation plus ou moins énergique.

« Le classement précédent renferme les données nécessaires à la solution de cette question, je n'insiste pas davantage ; je rappelle seulement, d'une part, l'opportunité particulière de la cure de Saxon, dans les cas où

(1) Mémoire de la Société d'hydrologie, 1859.

la tuberculose, peu avancée d'ailleurs, coïncide avec des tumeurs ganglionnaires ; et, d'autre part, l'appropriation de la Bourboule, d'Uriage, des stations sulfureuses du Gurnigel et des Pyrénées à cette forme scrofuleuse de la phthisie, dont la torpidité est l'un des caractères les plus fréquents (1). »

En ce qui concerne la lésion locale, il faut traiter le catarrhe et les troubles nerveux, les seconds par les narcotiques et les antispasmodiques, les premiers par les balsamiques seuls, s'il y a des troubles digestifs, et associés aux sulfureux, si ces troubles n'existent pas. Enfin, à une certaine période survient la fièvre, dont le traitement varie suivant l'origine. Si elle est septique, il convient d'employer la médication salicylée, si elle est due à des poussées tuberculeuses pulmonaires, adressez-vous aux révulsifs : l'alcool est utile dans ces cas.

Déconseillez les voyages dans la phthisie aiguë ou subaiguë à ceux qui sont tourmentés par la fièvre, à ceux qui ont des cavernes et sont minés par la fièvre hectique, ou à ceux qui ont des phthisies laryngées anciennes. Laissez mourir au milieu des siens le malheureux scrofuleux phthisique en lui procurant tous les soulagements que vous pourrez. C'est dans la phthisie scrofuleuse que l'on peut rappeler le vieil adage : « On peut guérir quelquefois, souvent améliorer et toujours consoler. »

(1) Jaccoud. *Curabilité et traitement de la phthisie pulm.*, p. 338.

CONCLUSIONS.

L'importante question des rapports de la scrofule et de la phthisie pulmonaire, presque née avec la médecine, a fait à notre époque de grands progrès.

A son berceau, la scrofule n'a que l'écrouelle comme lésion ; elle grandit avec Sauvages et Bordeu qui étendent son domaine aux affections osseuses et articulaires ; elle atteint son apogée avec les nosologistes, mais elle risque de périr avec l'école anatomo-pathologique de Bayle et de Laënnec. Virchow la sauve momentanément du naufrage ; enfin, mais cette fois avec des critéria solides et sûrs, l'école moderne, par l'association de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, vient de la mutiler sans l'anéantir ; plusieurs branches ont été élaguées, mais il reste toujours un tronc vivace et solide. L'anatomie pathologique est fatale à la scrofule, parce que celle-ci ne repose point sur elle ; la nosologie lui est favorable, parce que la scrofule s'appuie sur une idée clinique ; c'est par la nosologie que la scrofule a été fondée, c'est par elle qu'elle se soutient.

Par leur association, les critéria anatomo-pathologique, microbique, expérimental, exposés dans le chapitre III, nous ont amené aux conclusions suivantes :

1° Certaines lésions, dites scrofuleuses, ne sont, le plus souvent, que des tuberculoses localisées.

2° L'écrouelle est fréquemment tuberculeuse sans être scrofuleuse, dans certains cas elle est syphilitique acquise ou héréditaire ; la scrofule des soldats, des prisonniers, des vieillards, n'est parfois que de la tuberculose.

3° Un grand nombre d'affections, dites scrofuleuses, qui font partie du groupe des affections périostiques osseuses et articulaires (tumeurs blanches), primitives ou secondaires, dépendent de la tuberculose isolée de la scrofule ou associée à la scrofule; parmi celles qui ne sont pas tuberculeuses, il y en a de syphilitiques qu'il faut éliminer de la scrofule vraie.

4° En ce qui concerne le lupus, le problème n'est pas résolu, mais on pourra en trouver la solution; on ignore encore si le lupus est ou n'est pas de nature tuberculeuse; ni la clinique, ni les critéums anatomo-pathologique, microbique et expérimental n'ont apporté de raisons définitives.

5° La clinique enseigne qu'il existe, à côté des angines scrofuleuses, des angines tuberculeuses qui en diffèrent par la marche et les symptômes; mais il est certain qu'un groupe de ces angines, dites scrofulides graves ulcérées, se rattache à la syphilis acquise ou héréditaire; pour les autres, ni l'anatomie pathologique, ni l'expérimentation n'ont dit leur dernier mot.

6° Le facies scrofuleux lui-même n'appartient pas en propre à la scrofule, il se rencontre également chez les syphilitiques héréditaires; mais, chez les vrais scrofuleux, il est important de noter qu'il existe une *pléthore protoplasmique viscérale*, et qu'il y a une *désharmonie* entre le nombre des globules du sang et l'hémoglobine.

En somme, la scrofule est dépossédée d'un grand nombre d'adénopathies, d'ostéites, de caries, d'abcès froids, d'arthrites et de synovites fongueuses, qui rentrent dans le domaine de la tuberculose; mais, bon nombre de ces lésions sont encore rangées par la clinique dans les affections scrofuleuses.

Des études ultérieures modifieront certainement ce

classement; mais, dans l'état actuel, il est impossible de rayer la scrofule du cadre nosologique; elle conserve encore les scrotulides exsudatives, le lupus érythémateux, certaines otites, certaines ophthalmies phlycténaires, l'angine scrofuleuse superficielle d'Hamilton, les angines mûriformes hypertrophiques, certaines adénites des jeunes enfants, peut-être certaines affections osseuses périostiques et articulaires.

Ainsi *l'idée ancienne*, crée et étend la scrofule aux dépens de la tuberculose; *l'idée actuelle*, agit dans un sens opposé. Toutefois, nous estimons qu'on méconnaîtrait la réalité en supprimant la scrofule qui est née d'une idée clinique; c'est un état général dont l'école nosologique avait trop élargi le domaine aux dépens de la tuberculose. On avait décrit, sous le nom de scrofule, divers accidents constituant aujourd'hui deux groupes qu'il faut ranger sous les noms de *tuberculose externe à colonies*, *tuberculose des tissus, des systèmes*, de *tuberculose scrofuleuse* et de *tuberculose traditionnelle de Laënnec*.

Il résulte de nos études, que les limites de la scrofule et de la tuberculose sont loin d'être nettement déterminées. C'est à préciser ces limites que doivent tendre les recherches des travailleurs. Désormais, il faudra bien démontrer à l'aide du critérium clinique, anatomo-pathologique, microbique, expérimental, quelle est la nature de certaines lésions osseuses, périostiques ou articulaires, de certaines angines scrofuleuses, du lupus, tous accidents dits scrofuleux; le problème est loin d'être insoluble.

Si nous embrassons par la pensée le chemin parcouru, nous jugerons de l'immensité des efforts accumulés pour arriver à préciser les caractères de la matière tuberculeuse. Les recherches modernes offrent un

cachet d'exactitude que nous ne trouvons à aucune autre époque. TABLE DES MATIÈRES

Ne soyons cependant pas injustes envers le passé ; honorons la médecine de nos prédecesseurs, dont les incertitudes, les erreurs mêmes ont longuement préparé les voies à la médecine moderne.

Les rapports de la scrofule à la phthisie pulmonaire ont de tout temps passionné les esprits, et leur étude a suscité d'importants progrès ; elle offre de nombreux problèmes à résoudre. Le travail ne manque pas à l'ouvrier ; puisse l'ouvrier ne pas lui faire défaut !

TABLE DES MATIÈRES.

| | |
|---|----|
| AVANT-PROPOS. — Scrofule et phthisie..... | 1 |
| INTRODUCTION..... | 7 |
| Première partie. | |
| CHAPITRE I. — État de la question à travers les âges..... | 9 |
| CHAPITRE II. — Diagnostic de la matière tuberculeuse..... | 28 |
| § 1. — Critérium anatomo-pathologique..... | 28 |
| § 2. — Critérium microbique..... | 35 |
| § 3. — Critérium expérimental et inoculabilité..... | 39 |
| CHAPITRE III. — La scrofule soumise aux critériums anatomo-pathologique, microbique et expérimental. Sa délimitation, sa nouvelle conception..... | 55 |

Deuxième partie.

| | |
|---|-----|
| Étude clinique..... | 99 |
| CHAPITRE IV. — Coincidence de la scrofule et de la phthisie pulmonaire..... | 99 |
| CHAPITRE V. — Manifestations scrofuleuses et phthisie..... | 109 |
| CHAPITRE VI. — Examen critique de la scrofule du poumon ; phthisie scrofuleuse..... | 130 |
| CHAPITRE VII. — Les scrofuleux phthisiques | 143 |
| CHAPITRE VIII. — Déductions diagnostiques..... | 161 |
| CHAPITRE IX. — Déductions pronostiques..... | 163 |
| CHAPITRE X. — Déductions thérapeutiques..... | 167 |
| CONCLUSIONS..... | 172 |