

comme taillés à l'emporte-pièce ; le fond est occupé par un liquide ambré, gommeux et par un feutrage fibrineux jaunâtre comparable au bourbillon d'un furoncle.

VERNEUIL a rapporté l'histoire d'un ulcère gommeux devenue phagédénique au niveau de l'aîne. La veine saphène fut ulcérée puis l'artère fémorale fut à son tour envahie et perforée, entraînant une hémorragie mortelle.

La médication antisyphilitique n'a guère d'action contre l'adénite du chancre. Déjà, à la période secondaire, le traitement mixte est plus efficace ; mais c'est surtout à la période tertiaire que ce traitement mixte, avec augmentation de la dose d'iodure ou les injections profondes de sels hydrargyriques, donne de beaux résultats. Les gommages disparaissent très rapidement, et les lésions évoluent vers la guérison complète ou vers la dégénérescence scléreuse.

§ 3. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE

SYNONYMIE. — Adénite scrofuleuse. Ecrouelle.

La tuberculose ganglionnaire se présente sous deux formes différentes, tantôt elle n'est que l'expression locale d'une tuberculose évidente, tantôt elle reste longtemps isolée évoluant à la façon d'une lésion essentiellement bénigne sur un organisme d'apparence saine. La première est l'*adénite tuberculeuse* et la seconde, l'*adénite scrofuleuse*. Et pendant de longues années les médecins se refusèrent au nom de la clinique à confondre les deux affections, jusqu'au jour où la bactériologie avec SCHUCHARDT et KRAUSE, CORNIL et BABÈS, vint démontrer que toutes deux sont de même nature, que dans l'adénite scrofuleuse comme dans l'adénite tuberculeuse, il existe des bacilles de Koch bien qu'en quantité moindre. La scrofule est une tuberculose atténuée.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

La tuberculose ganglionnaire se rencontre à tous les âges, mais elle est particulièrement fréquente dans la seconde enfance et dans l'adolescence. Les filles y sont plus exposées

que les garçons. L'influence de l'hérédité est manifeste, qu'il s'agisse d'hérédité directe, de tuberculose chez les parents, ou d'hérédité indirecte : les enfants d'alcooliques, de syphilitiques deviennent facilement des scrofuleux.

La mauvaise hygiène, toutes les causes d'affaiblissement produisant ce qu'on est convenu d'appeler la misère physiologique (surmenage, séjour dans un air confiné, alimentation déficiente, préservation insuffisante contre le froid et l'humidité) préparent le terrain et favorisent l'éclosion de la tuberculose ganglionnaire. Aussi cette affection est-elle infiniment plus fréquente dans la classe pauvre que dans la classe riche. Les salles de consultation des hôpitaux sont remplies de jeunes gens, et surtout de jeunes filles de quinze à vingt ans venant consulter pour des adénites cervicales scrofuleuses.

La région cervicale est en effet le lieu d'élection ; on les y rencontre dans une proportion de 80 p. 100. Souvent aussi, elles occupent l'aisselle ou l'aîne, sans parler des localisations profondes thoraciques ou abdominales qui intéressent plus le médecin que le chirurgien.

1° Adénite symptomatique. — Le plus souvent, l'adénite tuberculeuse est secondaire, symptomatique d'une tuberculose profonde ou superficielle. C'est ainsi qu'elle accompagne les ostéites et les arthrites bacillaires. HERVOUET¹ lui a donné le nom d'« adénite similaire ». La propagation se fait de la lésion initiale aux ganglions correspondants par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. Dans ce cas, la lésion ganglionnaire est accessoire, son importance s'efface devant celle de l'affection primitive ; et cependant, on devra en tenir compte dans l'appréciation de la guérison. Une tumeur blanche reste menaçante tant que l'adénopathie symptomatique persiste.

Les adénites tuberculeuses consécutives aux affections scrofuleuses de la peau, des muqueuses, rentrent dans la même catégorie. LELOIR² a attiré l'attention sur les adénites secon-

¹ HERVOUET. Thèse de doctorat, Paris, 1877.

² LELOIR. Revue de chirurgie, 1889, p. 510.

daires au lupus, et KRÜCKMANN¹ a montré que les adénites cervicales ont souvent pour origine une ulcération bacillaire de l'amygdale. L'inoculation se fait encore par la voie lymphatique, mais ici la lésion initiale, muqueuse ou cutanée, est souvent minime, au point de passer inaperçue. Elle guérit rapidement tandis que l'adénite continue à évoluer.

Dans certains cas, les vaisseaux lymphatiques sont eux-mêmes atteints, la lymphangite tuberculeuse s'associe à l'adénite.

2° Adénite primitive. — D'autres fois, la tuberculose ganglionnaire est *primitive*, il n'existe aucune autre lésion bacillaire appréciable. Cette forme est particulièrement fréquente au cou, dans la région sus-hyoïdienne latérale et sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Certains auteurs invoquent encore dans ce cas l'existence de petites ulcérations spécifiques des muqueuses des voies digestives et respiratoires supérieures. Cependant malgré une exploration attentive il est impossible, dans nombre de faits, d'en constater la moindre trace. Par contre, les sujets porteurs de ces adénites cervicales, sont presque tous atteints soit de carie dentaire (HUGO STARCK)², soit d'angine ou d'amygdalite à répétitions, soit, et plus rarement, de rhinite ou de blépharite chronique. L'influence de ces lésions banales sur le développement de l'adénite tuberculeuse ne me paraît pas douteuse. La fréquence de la carie dentaire du côté correspondant à l'adénite est particulièrement remarquable. Ces lésions dentaires et muqueuses entretiennent dans les ganglions un état inflammatoire chronique par infection banale et cette adénite chronique simple devient une cause d'appel pour l'invasion tuberculeuse. La syphilis peut jouer un rôle analogue ; on voit la tuberculose se greffer sur une adénopathie syphilitique constituant ce que RICORD décrivait sous le nom de scrofulate de vérole.

Reste la question de l'origine des bacilles tuberculeux. Les recherches de STRAUS³ ont prouvé que chez des individus bien portants, indemnes de toute localisation tuberculeuse,

¹ KRÜCKMANN. Arch. f. path. anat., 1894, p. 438.

² HUGO STARCK. Beit. zur Klin. chir., 1896, B^d. XVI, p. 61.

³ STRAUS. Académie de médecine. Séance du 3 juillet 1894.

mais soumis à certaines conditions sociales (séjour au contact des tuberculeux), il existe des bacilles de Koch virulents dans les fosses nasales. Sur vingt-neuf individus, neuf fois le résultat fut positif. On comprend ainsi la facilité avec laquelle se font les inoculations au niveau de la cavité bucco-pharyngée, d'autant plus que BABÈS¹ a démontré que les bacilles tuberculeux peuvent pénétrer à travers la muqueuse sans que celle-ci présente la moindre altération. DOLLINGER² insiste également sur la facilité avec laquelle les muqueuses sont envahies par le virus tuberculeux.

3° Adénite concomitante. — La tuberculose ganglionnaire peut encore coïncider avec d'autres manifestations de la bacillose. Un sujet, par exemple, est atteint en même temps d'une tumeur blanche du genou, d'une adénite cervicale et de tuberculose pulmonaire. Il n'y a pas de relations directes entre les différents foyers infectieux ; on ne peut pas admettre comme dans le cas d'adénite symptomatique la propagation de la tuberculose du genou ou de la lésion pulmonaire aux ganglions cervicaux par la voie lymphatique. Il faut qu'une inoculation se soit produite au niveau des muqueuses bucco-pharyngée ou laryngée dont le système lymphatique est tributaire des ganglions cervicaux. Les bacilles viennent du dehors ou sont déposés par les produits de l'expectoration. Ils cheminent directement à travers la muqueuse vers les ganglions ou bien colonisent d'abord sur la muqueuse, y déterminent une ulcération spécifique avant d'atteindre la zone ganglionnaire.

Dans certains cas de polyadénite, on peut supposer que l'inoculation s'est faite par la voie sanguine. Des bacilles nés dans le foyer articulaire ou pulmonaire sont versés dans le torrent circulatoire et vont à distance se déposer dans le parenchyme ganglionnaire. La forme de polyadénite aiguë pseudo-leucocythémique décrite par A. ROBIN³ répond sans doute à ce mode d'infection.

¹ BABÈS. Société de biologie. Séance du 14 avril 1883.

² DOLLINGER (de Munich). 10^e Congrès intern. des Sciences méd. Berlin. Août 1890.

³ A. ROBIN. Société médicale des hôpitaux. Séance du 22 juin 1883.

Le plus souvent, l'extension de l'adénite tuberculeuse se fait par étapes successives. Les ganglions primitivement atteints demeurent perméables de sorte que les bacilles, après les avoir franchis, vont en suivant le cours de la lymphe se greffer sur le groupe ganglionnaire situé en aval. Il est fréquent de voir ainsi des adénites sus-hyoïdiennes se propager à la chaîne des ganglions carotidiens et descendre vers le creux sus-claviculaire.

Parfois l'envahissement se fait à contre-courant ; c'est ainsi qu'une tuberculose des ganglions axillaires peut gagner les organes intra-thoraciques. SANCHEZ TOLEDO ¹ a rapporté dans sa thèse des observations de ce genre.

J'ai eu l'occasion d'observer à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine une jeune femme chez laquelle il était possible de suivre les étapes successives de l'inoculation tuberculeuse. A la suite d'une petite gomme tuberculeuse du dos de la main, il s'était développé une adénite sus-épitrochléenne, puis quelques semaines plus tard une adénite axillaire, et la malade commençait à se plaindre de douleurs intercostales en même temps qu'elle maigrissait, et perdait ses forces. Au moment de l'examen, la plaie de la main était en voie de cicatrisation, le ganglion épitrochléen était ramolli ; les ganglions axillaires tuméfiés, douloureux, étaient encore fermes, résistants. Enfin il existait à l'auscultation des symptômes de pleurésie sèche du côté thoracique correspondant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au début, le ganglion tuberculeux est tuméfié, congestionné. Son volume varie beaucoup suivant les cas ; parfois l'hypertrophie est à peine sensible, d'autres fois, au contraire, elle est considérable. Dans ce dernier cas, le tissu péri-ganglionnaire enflammé concourt à produire la tuméfaction. Rarement, un seul ganglion est atteint, habituellement l'infection frappe plusieurs ganglions à des degrés variables. A la coupe, la glande a un aspect gris rougeâtre et donne une certaine quantité de

¹ SANCHEZ TOLEDO. Thèse de doctorat, Paris, 1887, n° 237.

suc au râclage. En résumé, on note les lésions caractérisant un degré modéré de congestion et d'inflammation.

L'élément spécifique est représenté par les granulations grises. Celles-ci sont plus ou moins abondantes, et parfois en très petit nombre. Elles siègent dans le tissu folliculaire, dans la capsule et souvent aussi dans le tissu cellulaire périganglionnaire au niveau des vaisseaux afférents.

La *graine tuberculeuse* est donc le plus souvent à la fois *intra* et *périganglionnaire*, et c'est là une notion importante pour le chirurgien qui devra, s'il veut faire une opération complète, pratiquer non seulement l'extirpation du ganglion, mais encore détruire la zone cellulaire et lymphatique avoisinante. En certains points, les granulations deviennent confluentes et se présentent sur la surface de section sous forme de points jaunâtres à contours arrondis ou irréguliers. La prolifération du tissu conjonctif, le travail de sclérose, marche de paire avec le développement des nodules tuberculeux.

Les bacilles de Koch sont contenus dans les cellules géantes qui occupent le centre des granulations. Ces bacilles sont généralement rares il faut souvent faire plusieurs coupes du ganglion pour en voir quelques-uns ; parfois même l'examen microscopique est impuissant à les révéler, il faut avoir recours à l'inoculation. Un fragment du ganglion est introduit sous la peau ou dans la cavité péritonéale d'un cobaye et les quelques bacilles qu'il renferme prolifèrent dans ce nouveau milieu et donnent naissance à un foyer de tuberculose qui s'étend plus ou moins rapidement. Il faut insister sur cette allure discrète que revêt habituellement l'infection tuberculeuse des ganglions car elle explique que dans bien des cas les examens restèrent négatifs alors qu'une technique plus patiente et plus variée aurait sans doute démontré la nature tuberculeuse de l'adénite. L'inoculation aux animaux en particulier est absolument indispensable.

A une période plus avancée, la nécrose des éléments ganglionnaires s'étend par suite de l'oblitération des vaisseaux et de la confluence des granulations. Sur une coupe, le parenchyme ganglionnaire apparaît semé d'îlots jaunâtres plus ou moins étendus. Leur centre se ramollit, se liquéfie. La matière caséuse est

constituée par des cellules épithélioïdes altérées, des cellules lymphatiques granuleuses et des granulations graisseuses libres.

Dans certains cas, la nécrose est massive, et toute la surface de section présente une teinte blanc jaunâtre uniforme. Le ganglion est transformé en une coque mince renfermant à son intérieur une substance pâteuse analogue à du mastic ou au contenu d'une châtaigne bouillie. Si la prolifération conjonctive est très développée, le parenchyme du ganglion reste ferme, il donne à l'œil et au toucher l'aspect et la consistance du marron d'Inde.

Il se produit finalement un abcès intra-ganglionnaire ; le pus est épais, crémeux, ou louche séreux grumeleux. Ce dernier aspect correspond au pus caséux des foyers tuberculeux ramollis, mais il est fréquemment modifié par des infections secondaires qui lui donnent alors l'apparence du pus phlegmoneux. Les recherches de BABÈS ont montré la fréquence des microbes vulgaires de la suppuration (staphylocoque, streptocoque) dans le pus de ces abcès ganglionnaires. L'infection pyogène secondaire se localise d'abord dans les lymphatiques afférents autour du ganglion, puis cette péri-adénite suppurée s'étend au parenchyme ganglionnaire.

La collection purulente évacuée au dehors, la cicatrisation se fait ; le ganglion envahi par le tissu scléreux se rétracte et s'atrophie, entraînant les téguments adhérents dans sa rétraction. La peau au niveau de la cicatrice est fortement déprimée ; son aspect est caractéristique et permet à longue distance de faire le diagnostic rétrospectif de l'adénite tuberculeuse.

D'autres fois, la tuberculose s'étend du ganglion à la peau qui le recouvre, et le contenu de l'abcès froid ganglionnaire évacué, il persiste une fistule, ou une ulcération à bords violacés.

Le tissu fibreux, qui envahit le ganglion et arrête le processus tuberculeux, peut subir la *transformation calcaire*, la calcification restant localisée à la périphérie, au niveau de la capsule, ou s'étendant à tout le parenchyme ganglionnaire.

Lorsque l'abcès froid n'a pas été évacué, la matière caséuse qu'il renferme est progressivement résorbée, et à un moment donné l'adénite tuberculeuse est transformée en une sorte de *kyste* à paroi épaisse, fibreuse, et à contenu séreux.

SYMPTOMES

Ce qui domine l'histoire clinique de la tuberculose ganglionnaire c'est la lenteur de son évolution, son indolence et, souvent, pendant longtemps, l'absence de tout retentissement sur l'état général. Elle se présente sous des aspects très différents qu'il nous faut successivement envisager.

1° Forme mono-ganglionnaire. — L'adénite tuberculeuse peut être unique. Cette forme se rencontre parfois dans l'aisselle ou dans l'aîne, mais surtout au cou. Il existe une tumeur arrondie, bien limitée, mobile sous la peau et sur les plans profonds et dont le volume varie d'une noisette à un œuf de pigeon. Sa consistance est élastique, rénitente, sa palpation ne provoque aucune douleur. La peau a conservé ses caractères normaux ; les régions voisines sont saines. Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'exploration de la bouche et de la gorge révèlent fréquemment la présence d'une carie dentaire ou d'une amygdalite chronique du côté correspondant.

L'adénite peut rester stationnaire pendant des mois et des années, présentant seulement quelques légères variations de volume, puis elle diminue et disparaît spontanément ou bien évolue vers la suppuration. A un moment donné, la « glande » devient moins mobile, le tissu cellulaire qui l'environne s'épaissit, elle adhère à la peau qui prend une coloration rosée puis violacée. La consistance s'est modifiée, le centre est mou, fluctuant, et l'on sent un anneau dur à la périphérie. La malade éprouve au cours de cette évolution quelques élancements. L'adénite est suppurée ; la peau s'amincit et un pus séreux, grumeleux s'écoule au dehors. Au bout de quelques jours, la sécrétion se tarit et la plaie se cicatrise. Ultérieurement, on sent pendant longtemps sous la peau mince et déprimée une induration répondant aux débris ganglionnaires.

Souvent l'ulcération persiste avec les caractères propres aux plaies tuberculeuses, le fond est recouvert de fongosités et les bords sont violets, amincis, décollés.

2° **Forme poly-ganglionnaire.** — Il est plus fréquent de rencontrer chez les tuberculeux une série de ganglions dégénérés.

A. L'adénopathie peut être très étendue : dans toutes les loges ganglionnaires, on sent plusieurs petites tumeurs arrondies, mobiles les unes sur les autres et indolentes. C'est la *micro-poly-adénite*, si fréquente chez les enfants (POTIER¹). Jamais les lésions ne dépassent la première phase de congestion, et encore celle-ci demeure-t-elle discrète, on ne voit pas dans cette forme les ganglions atteindre un gros volume.

B. Une autre variété, beaucoup plus importante, est celle dans laquelle les groupes ganglionnaires envahis sont relativement peu nombreux ; à l'aîne ou au cou on constate des masses parfois énormes, mais dans les autres régions les ganglions sont indemnes. La tumeur est habituellement très saillante et bosselée. Dans la région sus-hyoïdienne, elle efface d'abord le creux normal et bientôt même constitue un bourrelet, un véritable collier étendu parfois d'une apophyse mastoïde à celle du côté opposé. Chaque ganglion offre les mêmes caractères que celui de la forme mono-ganglionnaire, c'est-à-dire qu'il est de consistance ferme, élastique, indolent, mobile sur les ganglions voisins. Outre la tumeur principale il est possible de sentir par une exploration attentive toute une série de tumeurs plus petites et plus profondes qui constituent autant de chaînes ininterrompues reliant la tumeur principale aux loges ganglionnaires voisines. Et lorsqu'on procède à l'extirpation de cette adénopathie, on est surpris de voir que le nombre des ganglions infiltrés est beaucoup plus considérable encore que l'exploration à travers la peau ne permettait de le supposer.

Comme dans la forme précédente, la masse ganglionnaire peut conserver longtemps le même aspect. Parfois la tuméfaction se déplace, et les ganglions primitivement, les plus hypertrophiés, rétrocedent, tandis que ceux qui ont apparu secondairement augmentent de volume. Il est exceptionnel de voir toute cette adénopathie disparaître sans qu'un ou plusieurs ganglions se soient abcédés. La peau s'ulcère en un ou plusieurs

¹ POTIER. Thèse de doctorat, Paris, 1894, n° 215.

points et livre passage au pus caséux des ganglions ramollis. L'ouverture se fait, dans certains cas, en deux temps, la coque ganglionnaire se rompt avant que la peau soit détruite, et le pus se déverse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi se forme un abcès froid qui soulève la peau. Celle-ci est envahie secondairement, elle rougit, s'amincit, et offre l'aspect d'une gomme ramollie. On sent tout autour de la petite collection un bourrelet dur produit par le tissu cellulaire épaissi.

Lorsqu'il existe plusieurs foyers ulcérés, la peau est parfois rouge, violacée et décollée dans l'intervalle ; un stylet introduit par une des fistules s'engage sous la peau et grâce au décollement va ressortir à distance, au niveau d'un autre point ulcéré.

3° **Adéno-phlegmon tuberculeux.** — Qu'il s'agisse de la forme mono-ganglionnaire ou de la forme poly-ganglionnaire, l'inflammation peut revêtir une allure différente de celle que nous avons décrite plus haut. La suppuration ne se produit pas seulement dans l'intérieur du ganglion, mais aussi dans le tissu cellulaire péri-ganglionnaire.

C'est un véritable *adéno-phlegmon tuberculeux* ; son évolution est généralement plus rapide que celle de l'adénite simple. Les microbes vulgaires de la suppuration (staphylocoque, streptocoque) en venant se greffer sur l'inflammation spécifique ne sont sans doute pas étrangers à sa formation. Les contours du ganglion sont beaucoup moins nets.

Dans le cas de mono-adénite, le ganglion ne peut plus être mobilisé sur les plans profonds ; à son niveau la peau est épaisse, infiltrée, adhérente, et l'induration s'étend en plaque au delà de ses limites. La tumeur se ramollit au centre, la fluctuation devient manifeste tandis que l'induration phlegmoneuse persiste à la périphérie. Le pus est habituellement plus épais, mieux lié que dans l'adénite tuberculeuse pure.

Dans la forme poly-ganglionnaire, les ganglions sont reliés les uns aux autres par un tissu cellulaire épaissi ; ils se fondent en une seule masse dure, bosselée, qui fait corps avec la peau et adhère également aux plans musculo-aponévrotiques sous-ja-

cents. A la périphérie, on sent quelques petits ganglions indépendants qui sont restés mobiles.

La péri-adénite tuberculeuse peut affecter une marche aiguë à la façon d'un adéno-phlegmon simple, s'accompagnant de fièvre, de douleurs vives. Elle se développe d'emblée, résultant d'une infection mixte, ou se greffe sur une adénite scrofuleuse, par inoculation pyogène secondaire.

Je n'insisterai pas sur l'adénite tuberculeuse coïncidant avec d'autres manifestations de l'infection bacillaire. Cette forme est malheureusement très fréquente; mais l'adénite ne joue alors qu'un rôle accessoire et toute l'attention se porte vers la lésion viscérale ou ostéo-articulaire.

PRONOSTIC

La mono-adénite non suppurée et la micro-poly-adénite sont les deux formes les plus bénignes de la tuberculose ganglionnaire. Les lésions restent indéfiniment stationnaires et localisées, sans retentissement sur l'état général. Néanmoins, cette tuberculose torpide, latente, peut, à un moment donné, se réveiller et donner naissance à des localisations secondaires. Elle constitue un danger permanent pour l'individu qui en est porteur.

La poly-adénite à foyers ramollis est plus grave. L'infection gagne de proche en proche les différents groupes ganglionnaires et finalement envahit les organes thoraciques ou abdominaux. Des accidents méningés ou pleuro-pulmonaires peuvent encore éclater comme complications à distance, sans qu'on puisse suivre pas à pas la voie de l'inoculation.

DIAGNOSTIC

Lorsque les ganglions tuberculeux sont ramollis et ouverts à la peau, il est facile d'en reconnaître la nature. Les *adénopathies cancéreuses* secondaires et infectées, avec leur induration ligneuse, et leur abondante sécrétion sanguinolente, ichoreuse et fétide sont tout à fait différentes. Les *adénites gommeuses*

de la syphilis tertiaire s'en rapprochent davantage. Cependant l'ulcération se distingue par ses bords rouges, taillés à pic, son fond jaunâtre, bourbillonneux. Il existe d'ailleurs une forme hybride, décrite par RICORD sous le nom de scrofulate de vérole, dans laquelle la tuberculose se greffe sur une adénopathie syphilitique. Un examen attentif permettra, même dans ce cas, de faire la part des deux affections.

Le diagnostic de l'adénite tuberculeuse est bien autrement délicat à sa première période, lorsque les ganglions sont tuméfiés et indolents. A l'aîne, c'est surtout avec le *bubon vénérien* et l'*adénite chronique simple* qu'on le confond. Le bubon chancrelleux évolue rapidement vers la suppuration, et l'examen du pus permet d'y constater le bacille de DUCREY. La constatation du chancre syphilitique ou de sa cicatrice empêche de confondre l'adénite symptomatique avec la scrofule. Il est plus malaisé de distinguer l'adénite chronique simple. CH. NÉLATON¹ insiste sur la fréquence des éruptions d'herpès génital dans l'adénite simple; mais nous savons que la tuberculose peut se greffer sur une adénite inflammatoire. Le meilleur renseignement sera fourni par l'exploration de la fosse iliaque, la tuméfaction des ganglions qui accompagnent l'artère iliaque externe et en particulier du premier ganglion, (ganglion repère de LEJARS²), situé immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, est en faveur de la tuberculose.

Dans la région cervicale, l'adénopathie cancéreuse a une consistance dure, caractéristique. De plus le cancer ganglionnaire étant pour ainsi dire toujours secondaire, la découverte du néoplasme primitif lèvera tous les doutes. L'adénopathie syphilitique peut se rencontrer à toutes les périodes, l'accident primitif permettra de distinguer facilement l'adénite qui l'accompagne. L'adénite de la période secondaire est caractérisée par sa généralisation, ce n'est guère qu'avec la micro-poly-adénite qu'on pourrait la confondre, et encore la syphilis frappe-t-elle, de préférence, certains groupes ganglionnaires que la scrofule respecte,

¹ CH. NÉLATON. Semaine médicale, 1890, p. 402.

² F. LEJARS. Presse médicale, 26 mai 1894.