

tuleuse et ulcéreuse, que la distinction offre beaucoup de difficulté. Dans les deux affections, la maladie est circonscrite; mais dans la syphilide, les croûtes présentent une couleur verte caractéristique: elles sont plus saillantes, plus inégales, plus dures; lorsque les croûtes viennent à tomber, on voit que les ulcérations sont nettement arrondies, que les bords sont taillés à pic, que le fond est recouvert de la pseudo-membrane spéciale à la syphilis; plus tard, on voit également des cicatrices qui sont moins profondes et qui conservent pendant longtemps une coloration brune; enfin la marche de l'éruption est ordinairement plus rapide que dans la scrofule. Dans quelques cas, les signes objectifs ne suffisent pas pour permettre de poser un diagnostic certain; il faut alors consulter les antécédents sans leur donner trop de valeur; il faut s'appuyer davantage sur les phénomènes concomitants, et quelquefois se tenir sur la réserve, en étudiant la marche de la maladie. Enfin dans quelques cas très incertains, le résultat du traitement pourra éclairer le diagnostic, resté jusque-là indécis: l'amélioration rapide, par les préparations mercurielles et iodées, viendra démontrer la nature syphilitique de l'affection, qui serait loin de s'amender si vite, et qui même s'aggraverait peut-être si elle appartenait à la scrofule.

#### 4° Scrofulide tuberculeuse.

Avec la scrofulide pustuleuse, la scrofulide tuberculeuse est la variété la plus fréquente et elle est de toutes la plus grave. Elle se présente sous deux formes distinctes: la *forme tuberculeuse sans ulcération* ou à *ulcération superficielle*; la *forme tuberculeuse avec ulcération profonde*. Comme les symptômes et le pronostic de ces deux formes sont différents, nous allons donner une description distincte de chacune d'elles. Mais

auparavant il est utile d'entrer dans quelques détails relatifs à l'anatomie pathologique.

Depuis cinquante ans de nombreuses recherches d'anatomie pathologique, dues principalement à Blasius (Halle, 1822), à Rokitansky, à Auspitz (1), à Rindfleisch (2), à Lang (3), à Neumann, et dans ces derniers temps à Kaposi (4), à Besnier, à Vidal, à Volkmann (5), ont été entreprises pour éclairer le siège et la nature du lupus tuberculeux; elles ont établi, d'une manière définitive, que le siège anatomique de cette affection était dans le derme, pouvant même s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et qu'elle consistait principalement dans une production cellulaire atteignant le tissu conjonctif et les glandes de la peau. Dans ces derniers temps on a cherché de plus, en Allemagne et en France, à montrer l'analogie des lésions du lupus avec celles de la tuberculose.

D'après les dernières études de Lang, de Klebs, de Stelling, de Jarisch, de Kaposi, de Cornil (6), et surtout d'après les recherches du professeur Renaut et de ses élèves Chandelux et Laroque, c'est dans les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques que débute les premières productions lupiques, par suite de la prolifération de leur paroi protoplasmique et des éléments de leur gaine adventice, puis se développent des cellules embryonnaires provenant de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif dermique et d'autres provenant des glandes cutanées. Au milieu de cette production

(1) Auspitz, *Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus* (Wiener med. Jahrbücher, 1864).

(2) Rindfleisch, *Histologie pathologique*, trad. par Fred. Gross.

(3) Lang, *Zur Histologie des Lupus* (Stricker's medic. Jahrbücher).

(4) Kaposi, *Leçons sur la pathologie des maladies de la peau*, trad. et annotées par Besnier et Doyon. Paris, 1881.

(5) Volkmann, *Ueber Lupus und Tuberculose* (Berliner klin. Wochenschrift, 1875).

(6) Cornil, *Manuel d'histologie pathologique*.

cellulaire diffuse qui se propage en suivant les vaisseaux lymphatiques, on peut distinguer des îlots en forme de nodules qui constituent ce qu'on a appelé les *nodules* ou *granulations lupiques*, lesquels, en se développant, soulèvent la surface du derme précédemment planiforme et constituent l'apparence montueuse dite *tuberculeuse*, qu'offre à l'œil nu la surface de la peau au sein de laquelle se développe le lupus. Ces îlots nodulaires que je viens d'indiquer s'isolent et s'individualisent de plus en plus, séparés par du tissu conjonctif de nouvelle formation, ils reproduisent dans leur aspect général la disposition des follicules d'un ganglion lymphatique. Ils commencent par se montrer dans les couches les plus superficielles du derme et ils gagnent peu à peu les parties profondes jusqu'à ce que la néoplasie ait envahi la toute l'épaisseur du chorion. En même temps, autour de ces lobules se développe un réticulum fin analogue au tissu lymphatique. Puis plusieurs de ces nodules se réunissent pour former des nodules secondaires isolés par une coque fibreuse. Un peu plus tard, chacun des nodules primitifs évolue dans le sens dégénératif, les cellules qui le constituent sont infiltrées de granulations et prennent les caractères des globules de pus. C'est alors qu'au centre de ces nodules, devenus caséux, on trouve une large tache rouge correspondant à la cellule géante de Schüppel, autour de laquelle les cellules infiltrées de graisse et ne se colorant plus par le carmin ont acquis le caractère épithélioïde, tandis que les cellules plus périphériques conservent leur forme arrondie ; ces dernières sont des cellules embryonnaires, tantôt chargées de graisse, tantôt bien vivantes.

Au milieu de tous ces éléments cellulaires, les vaisseaux sanguins sont dilatés, de nouveaux vaisseaux même se produisent et restent perméables, tandis que d'autres s'oblitérent ; quelques auteurs même (professeur Renaut)

pensent que les cellules géantes ne sont que des capillaires sanguins oblitérés. A côté de ces vaisseaux obstrués, d'autres se rompent et produisent de petites hémorragies ponctuées qu'on rencontre parfois dans l'épaisseur du derme.

Sans entrer dans des détails minutieux d'histologie, je dirai maintenant que l'évolution spontanée des lobules que je viens de décrire peut se faire de deux manières, par leur caséification ou par leur transformation fibreuse. Dans le premier cas, la dégénérescence caséuse se fait du centre à la circonférence et le lobule entier est transformé en pus concret, épais, semblable à du mastic, qui peut se calcifier si l'ulcération ne se produit pas, ou qui est évacué au dehors par la participation de l'inflammation du corps muqueux au processus dermique et par l'altération de l'épiderme qui se rompt et qui constitue une ulcération, laquelle devient végétante par le développement de bourgeons charnus. Un autre cas peut aussi se produire, et, au lieu de se caséifier, les nodules peuvent devenir fibreux et la guérison se produit sans ulcération ; à un moment donné, la zone épithélioïde qui entoure la cellule géante change de caractère, les cellules embryonnaires de la périphérie prennent un aspect fusiforme et se colorent en rose par le carmin, comme les éléments d'un sarcome fasciculé ; la charpente réticulée représentant le tissu lymphatique étendu entre les lobules s'organise alors en tissu fibreux qui étouffe les autres éléments. J'ajoute que ces deux modes d'évolution du lupus ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, et que dans une même région et dans le même lobule on peut voir la caséification et l'ulcération avoir lieu, tandis que dans d'autres points ou dans des parties différentes du même lobule, la transformation fibreuse se produit.

D'après cette description succincte des lésions histologiques du lupus, on comprend comment on est arrivé dans

ces derniers temps à considérer le processus lupique comme une lésion tuberculeuse vraie, en s'appuyant principalement sur la présence de la cellule géante entourée de cellules épithélioïdes, et sur l'évolution du nodule susceptible de se caséifier ou de se transformer en tissu fibreux. Ne sont-ce pas là les caractères essentiels du tubercule? A ces arguments on doit ajouter encore la présence des bacilles trouvés dans le pus et dans les végétations de certains lupus ulcérés. J'ai déjà examiné cette question de rapports de la scrofule et de la tuberculose à propos de la scrofule envisagée d'une manière générale, je n'ai pas à y revenir ici. (Voy. p. 910.)

Scrofulide tuberculeuse superficielle.

Cette forme est caractérisée par des saillies indolentes, molles, d'une rénitence élastique, de la grosseur d'un pois. Ces saillies sont comme demi-transparentes, jaunâtres, quelquefois d'un brun violacé, mais jamais du rouge brun des tubercules syphilitiques. Le plus habituellement, ces petites tumeurs sont groupées les unes à côté des autres, au nombre de huit à douze, et elles forment des plaques arrondies, des cercles, des segments de cercle ou des dessins irréguliers. On peut rencontrer un seul groupe, d'autres fois on en trouve plusieurs répandus sur diverses parties du corps; enfin, les tubercules peuvent être dispersés sur une grande étendue, comme dans la sous-variété appelée *scrofulide tuberculeuse disséminée*, qui ne présente, comme autre caractère spécial, que la généralisation de l'éruption.

La scrofulide tuberculeuse superficielle peut occuper toutes les parties du corps, mais son siège le plus fréquent est à la face, on l'observe surtout aux joues, aux lèvres ou au menton; on la rencontre quelquefois sur le

tronc, sur les fesses et sur les parties sexuelles, plus rarement sur les membres.

L'infiltration du tissu cellulaire sous cutané-accompagne souvent la scrofulide tuberculeuse superficielle; ce phénomène frappe plus les yeux que l'éruption tuberculeuse, aussi on a souvent désigné cet état morbide sous le nom de *lupus hypertrophique*. On ne doit pas d'ailleurs faire de cette dernière forme une espèce particulière; elle est toujours réunie à une variété définie de scrofulides, soit à la scrofulide érythémateuse, soit à la scrofulide tuberculeuse. Cette hypertrophie du tissu cellulaire est fréquente à la face et lui imprime un aspect particulier; les traits sont défigurés et effacés, les joues sont tuméfiées et pendantes, les lèvres sont énormes, les paupières, par leur tuméfaction, permettent à peine au malade de voir; enfin la figure présente un aspect étrange. On pourrait confondre alors le lupus hypertrophique avec la cachexie pachydermique dans laquelle on observe une altération à peu près semblable des traits; mais, d'une part, le lupus est caractérisé par l'altération érythémateuse ou tuberculeuse de la peau, et d'un autre côté, dans la cachexie pachydermique, le gonflement ne se borne pas à la face, et il existe, en outre, des phénomènes très évidents de dépression du côté du système nerveux.

Lorsque cet engorgement du tissu cellulaire siège aux membres, le volume des parties devient considérable et les éléments de la peau elle-même semblent être hypertrophiés. Les parties génitales peuvent aussi être le siège de cet engorgement; alors la verge présente une dimension double ou triple de son volume normal; et chez la femme, les grandes et les petites lèvres prennent un développement énorme. On a considéré quelquefois cette hypertrophie comme un exemple d'éléphantiasis des Arabes; mais cette dernière maladie se développe sous un autre climat, elle s'accompagne de rugosités de la peau

qui la font ressembler à celle du rhinocéros ou de l'éléphant, et elle n'offre jamais les tubercules agglomérés de la scrofulide.

La scrofulide tuberculeuse non ulcérée a une marche essentiellement chronique, il est très rare de la voir durer moins de plusieurs années, et cependant le malade semble jouir d'une bonne santé : toutes ses fonctions s'exécutent bien, il n'y a aucune réaction locale ou générale ; la maladie est constituée uniquement par l'éruption tuberculeuse et elle se prolonge quelquefois pendant toute la vie.

Cette variété de scrofulide peut se terminer de plusieurs manières : le plus souvent, le tubercule s'affaisse, se décolore et disparaît par transformation fibreuse, en laissant une cicatrice déprimée, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération ; la maladie se rapproche alors beaucoup de la scrofulide érythémateuse ; quelquefois même ces deux formes érythémateuse et tuberculeuse superficielle se mélangent et se développent simultanément. Dans d'autres cas, le tubercule persiste indéfiniment ; ou bien encore il s'ulcère, mais alors l'ulcération est toujours superficielle, elle n'envahit qu'une partie du tubercule, et la guérison arrive ultérieurement par cicatrisation.

*Diagnostic.* — La scrofulide tuberculeuse simple est caractérisée par la coloration violacée des tubercules, par leur indolence, et par le gonflement du tissu cellulaire ambiant. Les seules maladies que l'on pourrait confondre avec elle sont : le psoriasis, l'herpès circiné et la syphilide tuberculeuse.

Le *psoriasis*, en effet, dans la variété désignée sous le nom de *lèpre vulgaire*, offre la forme circinée à circonférence saillante, mais il se distingue de la scrofulide tuberculeuse par sa saillie qui est uniforme et non formée par des tubercules, par des squames blanches, épaisses et imbriquées, bien distinctes des légers furfures qui

siègent quelquefois à la surface des tubercules, et ultérieurement par l'absence absolue de cicatrices.

L'herpès circiné, caractérisé surtout par des squames légèrement saillantes, diffère de la scrofulide tuberculeuse en cercle par sa marche plus rapide, par son extension centrifuge et par l'absence de tubercules.

La syphilide tuberculeuse en groupes présente aussi des tubercules, qui ne sont accompagnés d'aucune réaction locale ou générale, et qui ressemblent assez par leur couleur et par leur disposition aux tubercules scrofulieux ; mais les tubercules syphilitiques sont plus durs, plus bruns, moins violacés, ils ont une marche plus rapide et ils ne sont pas accompagnés du gonflement du tissu cellulaire sous-cutané. Malgré ces caractères distinctifs, il faut savoir qu'il existe encore des cas douteux ; c'est alors qu'on doit se servir pour le diagnostic des phénomènes antérieurs et concomitants, et même du résultat d'un traitement explorateur.

#### Scrofulide tuberculeuse avec ulcération.

Cette forme est la plus grave de toutes les variétés de scrofulides. Elle débute de même que la forme précédente, par huit ou dix tubercules rouge violacé, très rapprochés les uns des autres, mais ils sont plus gros, plus animés, on remarque autour de leur base une aréole inflammatoire, et ils sont promptement envahis par l'ulcération. La plaie qui se forme peut s'étendre en largeur ou en profondeur ; lorsqu'elle s'étend en superficie, de nouveaux tubercules apparaissent à côté des premiers, ils se ramollissent et s'ulcèrent rapidement ; la maladie peut ainsi occuper une large surface. Lorsque l'ulcération, au contraire, gagne en profondeur, elle attaque et détruit la peau, le tissu cellulaire, les muqueuses, les cartilages et les os eux-mêmes, qui ne

peuvent arrêter sa marche envahissante. Cette tendance destructive a fait donner à la maladie le nom de *lupus vorax*, par comparaison avec l'avidité du loup qui dévore la proie qu'il a saisie. Les croûtes qui recouvrent les ulcérations sont épaisses, brunâtres, souvent noires par le mélange du sang. Lorsque ces croûtes sont tombées, soit d'elles-mêmes, soit par l'effet d'applications topiques, on voit à la place qu'elles occupaient des ulcérations profondes, anfractueuses, fongueuses et mollasses, dont les bords sont irréguliers et décollés, dont la surface est quelquefois sanieuse, saignante, ou bien présente des bourgeons charnus de mauvaise nature; enfin la sécrétion purulente est abondante, sanieuse et fétide. D'autres fois la suppuration est moins considérable ou même elle est tarie, la surface ulcérée est sèche, dure, fendillée, végétante; c'est là ce que j'ai appelé la *scrofulide verruqueuse*, que Vidal a décrite sous le nom de *lupus scléreux*, variété caractérisée anatomiquement par la transformation fibreuse des nodules lupiques et par la production d'une couche superficielle papilloma-teuse simulant l'épithélioma et constituée par des productions épidermiques exubérantes. J'ai déjà dit que cette forme est toujours secondaire.

Le siège le plus fréquent de la scrofulide tuberculeuse ulcérée se trouve être le nez ou ses alentours; elle débute le plus habituellement par la peau, elle détruit les cartilages, la muqueuse, elle envahit le vomer et même le maxillaire supérieur; dans quelques cas, elle commence par la pituitaire, envahit d'un côté les cartilages et la peau, et de l'autre les parties profondes, où elle détruit la cloison nasale, la voûte palatine, et établit une communication soit entre les deux narines, soit entre la bouche et les fosses nasales. Lorsque la maladie débute par la lèvre, elle la détruit, met les gencives à nu et peut ensuite envahir les maxillaires. A l'œil, elle

détruit une partie des paupières, produit une conjonctivite oculaire et quelquefois des ophthalmies graves suivies de cécité.

La scrofulide ulcéreuse peut encore occuper les autres parties du corps, comme le cou, la région sternale, les membres, surtout au voisinage des articulations, et les parties génitales. Huguier, pendant son séjour comme chirurgien à l'hôpital de Lourcine, publia un mémoire ayant pour titre : *De l'esthiomène de la vulve* (1) : sous ce nom, il décrivit des maladies ulcéreuses, envahissant et détruisant les grandes et les petites lèvres, et il les considéra comme étant de nature scrofuleuse, leur donnant ainsi le nom d'esthiomène alors adopté par Alibert. En lisant avec attention les observations de ce mémoire, on est porté à croire que les maladies décrites par cet auteur se rapportent plutôt à des chancres mous phagédéniques, affections alors peu connues, qu'à des ulcérations scrofuleuses. L'absence d'accidents constitutionnels, qu'il donne comme une des meilleures preuves pour rayer ces maladies du domaine de la syphilis, n'est pas une raison convaincante pour nous, de ne pas admettre leur nature vénérienne : en effet, les chancres phagédéniques sont ordinairement des ulcérations simples, non suivies d'infection générale, et le phagédénisme est fréquent chez les individus scrofuleux, ce qui explique encore les signes de scrofulé notés chez quelques malades de Huguier. Une des raisons que je puis donner encore de manière de voir, c'est que les ulcères scrofuleux des parties génitales sont rares à l'hôpital Saint-Louis, et que je n'en ai pas encore rencontré un seul exemple, malgré le nombre considérable de scrofuleux que j'ai été à même d'observer. Je ne crois donc pas devoir admettre, comme étant de nature scrofuleuse, les affections observées par Huguier.

(1) Huguier, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XIV.

La durée de la scrofulide tuberculeuse ulcérée est très longue, et le plus souvent la maladie est envahissante. Par ses progrès, elle produit ces vastes destructions, ces plaies épouvantables et hideuses qu'on ne rencontre que trop souvent à la face, lesquelles donnent naissance à une suppuration abondante, quelquefois entraînent la cachexie, la fièvre hectique, et peuvent causer la mort par épuisement. Cette terminaison fatale, due seulement à l'abondance de la suppuration, est rare; cependant j'en ai observé plusieurs exemples.

La maladie peut s'arrêter spontanément, mais le plus souvent la guérison arrive sous l'influence d'un traitement rationnel. Dans ce cas, les croûtes finissent par tomber, et l'on trouve au-dessous d'elles une cicatrice toute formée, ou une ulcération en voie de réparation. C'est après la guérison de cette variété de scrofulides que l'on voit ces cicatrices saillantes, bridées, et souvent vicieuses par les rétractions qu'elles entraînent. C'est après une scrofulide tuberculeuse que l'on rencontre une atrésie de la bouche portée au point de gêner la parole et la préhension des aliments, ou une destruction des lèvres ne pouvant plus retenir la salive. On peut encore voir le nez détruit en totalité ou en partie, une narine oblitérée, les paupières froncées, tirées, et formant un ectropion, le conduit auditif oblitéré et amenant la surdité, et même l'absence complète d'une oreille, comme je l'ai observé chez deux malades. Au cou, ces brides cicatricielles, semblables aux cicatrices qui succèdent aux brûlures du troisième et du quatrième degré, peuvent produire le torticolis; aux membres, elles peuvent gêner les mouvements. Comme particularité appartenant à ces scrofulides tuberculeuses, j'ajoute que, même après la cicatrisation d'ulcères, la guérison est loin d'être toujours définitive, et qu'on voit fréquemment la maladie récidiver quelques mois ou quelques années plus tard.

*Diagnostic.* — Le diagnostic est en général facile, et il est établi d'après ces ulcérations profondes et irrégulières, à bords minces et décollés, à fond blafard et molasse, à suppuration séro-purulente, et d'après l'aspect des croûtes habituellement grises ou noires et peu consistantes. Ces ulcérations pourraient cependant être confondues avec les ulcérations syphilitiques ou avec les ulcérations cancroïdiennes ou cancéreuses; il est nécessaire d'indiquer ici les signes à l'aide desquels on doit établir le diagnostic différentiel.

Les ulcérations syphilitiques peuvent occuper le même siège et produire aussi la corrosion des parties atteintes; cependant il est rare que la syphilis produise une destruction aussi profonde; comme je l'ai déjà dit, ses ulcérations sont taillées à pic et les bords sont plus réguliers et non décollés; les plaies sont entourées d'une auréole d'un rouge brun et non pas violacé; les croûtes sont dures, verdâtres et non pas noires; les cicatrices sont beaucoup moins prononcées; enfin, on doit tenir compte des phénomènes antérieurs et concomitants, et du résultat du traitement.

Les ulcérations cancroïdiennes débutent rarement par un tubercule; ordinairement c'est par une verrue qui persiste un certain temps et qui s'ulcère, ou bien même l'ulcération survient d'emblée; mais le caractère diagnostique le plus important à noter, c'est l'existence d'un bourrelet saillant qui entoure presque partout l'ulcération, et qui n'existe jamais dans la scrofulide ulcérée.

Les ulcérations cancéreuses envahissent tous les tissus, et les détruisent comme les scrofulides; mais elles ne sont pas bornées à leur circonférence par des tubercules scrofulieux, ce sont des bosselures noueuses, dures et plus volumineuses; de plus, la plaie a une tendance à végéter, à se renverser en dehors; elle présente un aspect ichoreux particulier, et elle est habituellement accompa-

gnée de douleurs lancinantes. Dans les circonstances où le doute existe, l'âge peut souvent servir de signe diagnostique, car le cancer se développe rarement avant cinquante ans, tandis que la scrofule se montre plus souvent chez les enfants et chez les adultes peu avancés en âge.

##### 5° Scrofulide phlegmoneuse.

J'ai donné le nom de *scrofulide phlegmoneuse*, à une variété de scrofulides caractérisée par le développement de petits abcès cutanés, que quelques auteurs ont appelés abcès dermiques, et auxquels, plus récemment, Besnier et Vidal ont donné le nom de gommescrofulieuses. Ces abcès débutent par une petite tumeur qui grossit graduellement et qui peut acquérir le volume d'une amande ou même celui d'une noix; au bout d'un temps assez long elle se ramollit, et la fluctuation annonce la présence du pus. La peau qui recouvre cette tumeur présente une teinte d'un rouge violacé; elle s'amincit, finit par se déchirer, et laisse écouler du pus séreux, mal lié, grumeleux. Bientôt une croûte se forme sur l'ulcération, l'écoulement se tarit momentanément, puis une nouvelle ouverture ne tarde pas à se faire à côté de la première, souvent au même endroit, pour se refermer encore au moyen d'une nouvelle croûte. Il se forme ainsi successivement plusieurs ouvertures qui finissent par se réunir et par former une ulcération plus ou moins étendue, laquelle présente alors tous les caractères des ulcérations scrofulieuses. Ces abcès peuvent être isolés ou agglomérés, et leur nombre est variable. On les rencontre surtout à la face, mais ils peuvent occuper aussi le tronc ou les membres.

La durée de chaque abcès est assez longue; la suppuration s'établit assez rapidement, ainsi que la formation des croûtes, mais la cicatrisation des ulcérations est lente;

la cicatrice, d'abord violacée, devient blanchâtre, inégale, réticulée. Dans quelques cas, l'ouverture de la tumeur n'a pas lieu, le pus est résorbé, la peau se recolle et il n'y a pas d'ulcération; la place de l'abcès est alors indiquée par une tache violacée et plus tard par une cicatrice peu profonde, mais déprimée et inégale.

La durée totale de la scrofulide phlegmoneuse est très longue, surtout lorsque l'éruption se fait par poussées successives; on peut voir des malades chez lesquels des abcès se développent ainsi successivement, et chez lesquels la maladie se prolonge pendant plusieurs années.

*Diagnostic.* — La scrofulide phlegmoneuse a des caractères tellement tranchés, qu'elle ne pourrait être confondue ni avec les abcès ganglionnaires, ni avec les abcès du tissu cellulaire; le peu de volume de l'abcès et son siège superficiel suffisent pour le faire distinguer. La scrofulide phlegmoneuse existe souvent en même temps que les autres variétés de scrofulides, et en même temps que les autres manifestations de la scrofule.

*Pronostic des scrofulides.* — Le pronostic des scrofulides est toujours grave; ce sont des maladies chroniques, persistant souvent pendant plusieurs années et même quelquefois pendant toute la vie, malgré le traitement le plus rationnel. Elles peuvent causer la mort du malade par le fait d'une suppuration trop abondante, qui produit une altération profonde dans la nutrition. Le plus souvent cependant, la terminaison funeste est due à une complication dépendante ou non de la maladie principale. Quand les scrofulides guérissent, elles laissent toujours des cicatrices indélébiles, souvent difformes, et très désagréables lorsqu'elles sont situées dans des endroits apparents.

Le pronostic, d'ailleurs, varie selon la forme de la scro-