

de certains micro-organismes, du bacille de la tuberculose en particulier. La scrofule serait donc un terrain de culture approprié pour les virus animés en général et surtout pour celui de la tuberculose.

Cette manière de voir, qui nous est imposée par les faits, montre d'elle-même que la scrofule, comme *entité clinique morbide*, ne doit pas être rayée de la pathologie, pour être confondue avec la tuberculose comme le voudraient certains auteurs (1). Un enfant peut rester longtemps scrofuleux, c'est-à-dire présenter un terrain propre à l'infection microbienne et particulièrement tuberculeuse, mais sans être atteint par elle; pour que la maladie se déclare, il faut que les micro-organismes et particulièrement celui de la tuberculose, pénètrent dans l'organisme et s'y multiplient. La nature intime de l'organisation du scrofuleux nous est encore inconnue. S'agit-il d'une prédisposition constitutionnelle, c'est-à-dire anatomique dans le sens de l'hypoplasie de Beneke, d'une petitesse relative des dimensions des organes et par conséquent d'une diminution de l'activité fonctionnelle de toute l'économie, ce n'est pas démontré, bien que le fait ne soit pas impossible.

Étiologie. — La prédisposition constitutionnelle dérive directement de l'hérédité. Elle atteint des enfants dont les parents étaient eux-mêmes scrofuleux, phtisiques ou syphilitiques. L'importance étiologique de la syphilis est considérable, on peut déjà le reconnaître à ce fait que les formes graves de la scrofule se distinguent très difficilement, au point de vue clinique, de certaines formes de syphilis tardive. Les *mauvaises conditions hygiéniques* en général, les logements humides et sombres (caves), l'alimentation défectueuse (nourriture

(1) Certains auteurs, en effet, veulent faire de la scrofule une tuberculose atténuée; ils ne prennent en considération pour soutenir cette théorie que les lésions profondes, ganglionnaires, viscérales ou osseuses, négligeant toutes ces scrofulides cutanées et muqueuses (conjonctivites, eczémas, angines), qui conservent toujours le caractère superficiel, et sur lesquelles l'auteur insiste à juste titre.

D'autres, comme le prof. Leloir (de Lille) ont entrepris un démembrement de la scrofule au profit du lymphatisme, qui comprendrait toutes les manifestations superficielles, certaines otites, ophtalmies, les angines catarrhales chroniques, et au profit de la tuberculose et de la syphilis héréditaire, pour lesquelles on revendique nombre d'affections osseuses et articulaires. (L. G.)

trop légère ou trop abondante et mal appropriée à l'âge de l'enfant), l'insuffisance des soins de la peau, sont très souvent les causes occasionnelles de la scrofule.

La scrofule peut encore être provoquée par d'autres maladies, exanthèmes aigus et particulièrement la rougeole, maladies graves du tube digestif, traumatismes accidentels portant le trouble dans la nutrition générale, enfin lésions suppuratives des os et des articulations. On ne peut nier a priori que la scrofule ne puisse s'inoculer avec la vaccination, mais malgré les milliers de vaccinations que j'ai observées je n'ai jamais rien vu de pareil.

Symptômes. — La diversité infinie des affections qui peuvent se développer sur le terrain de la scrofule rend presque impossible un tableau fini et complet de cette anomalie constitutionnelle; et pourtant cette diversité est une de ses caractéristiques les plus saillantes. L'*habitus scrofuleux* peut se présenter, d'une façon très générale, sous deux formes. D'un côté ce sont des enfants pâles à peau blanche et fine, transparente, à réseau veineux très développé, avec des muscles flasques, un pannicule adipeux peu développé, et doués d'une intelligence vive; d'un autre côté, on voit des enfants gros, bouffis, la face congestionnée, le nez épaté, les lèvres rouges, épaisses, les muscles assez développés, paresseux physiquement et intellectuellement.

Cette différence d'aspect a fait admettre aux anciens deux formes de scrofule: la *forme éréthique*, qui comprend les enfants de la première catégorie et la *forme torpide*, qui comprend ceux de la seconde. Une observation attentive montre un phénomène commun aux deux catégories: c'est le *gonflement des ganglions lymphatiques*. Dans les différentes régions du corps ils sont tuméfiés et se présentent sous forme de nodules durs ou de groupes facilement appréciables au toucher. On ne peut accepter l'hypothèse d'après laquelle l'adénopathie serait l'affection primitive. Il n'existe pas en réalité d'engorgement ganglionnaire sans lésion scrofuleuse préalable des organes ou régions qui fournissent des vaisseaux lymphatiques à ces ganglions.

La lésion primitive se manifeste ordinairement sur la peau ou les muqueuses. Très souvent j'ai vu un traumatisme insignifiant donner naissance à une ulcération autour de laquelle se développait un eczéma envahissant, puis apparaissait le gonflement consécutif des ganglions lymphatiques de la région correspondante, enfin tout le tableau de la

scrofule. C'est ordinairement de la même façon que se développe le gonflement des *ganglions abdominaux* après un catarrhe aigu ou subaigu de l'intestin, l'adénopathie cervicale dans les cas de coryza, de pharyngite, etc.

Ce qui est particulier à cette diathèse c'est que la même lésion qui chez des enfants bien portants passe inaperçue, — un traumatisme insignifiant par exemple — provoque chez les enfants scrofuleux l'apparition d'autres manifestations dans les régions voisines. Comme, grâce à l'irritabilité préexistante (scrofuleuse) des tissus, une très petite lésion, comme la vaccination, peut provoquer facilement des manifestations sur la peau et les ganglions, ces faits ont conduit à penser que la scrofule peut se transmettre par la *vaccination*. La scrofule qui suit la *rougeole* n'est autre chose qu'une affection de l'appareil lymphatique de la tête et du cou développée sous l'influence du coryza, de la pharyngite et de la stomatite morbilleuse ; il s'y joint l'irritabilité excessive de la peau qui se manifeste par des éruptions eczémateuses au moindre traumatisme ou sous l'influence d'une sécrétion nasale un peu irritante.

Comme je l'ai déjà dit, les localisations et les manifestations de la scrofule sont excessivement variées. Les plus importantes trouveront seulement place ici. L'*eczéma de la peau* occupe la figure, la tête et les oreilles, il est humide et squameux et s'accompagne d'infiltration profonde du tissu. D'après les recherches récentes, le *lupus* et certaines lésions profondément ulcéreuses de la peau appartiennent directement à la tuberculose ; par contre, la rugosité et l'état de sécheresse de la peau se rencontrent très fréquemment chez les enfants scrofuleux.

Comme manifestation remarquable il faut mentionner les *suppurations multiples du tissu cellulaire sous-cutané* qui se développent successivement en plusieurs centaines d'endroits, et épuisent complètement le malade. On a démontré que ce processus est dû à l'action du *staphylococcus pyogenes*. Il faut mentionner ici les *suppurations graves et prolongées* des ganglions lymphatiques (1).

(1) Brissaud et Josias ont démontré que certains abcès sont l'aboutissant de véritables *gommés tuberculeuses* cutanées.

Ces suppurations ganglionnaires étaient désignées autrefois sous le nom d'*écrouelles*. (L. G.)

qui aboutissent ordinairement à la formation de ces cicatrices spécifiques qu'on désigne sous le nom de scrofuleuses. Beaucoup, et peut-être même la plupart de ces suppurations sont certainement de nature tuberculeuse, c'est-à-dire qu'elles sont provoquées par la pénétration du bacille tuberculeux ; mais cela n'est pas vrai dans tous les cas, car plusieurs fois l'examen le plus attentif n'a pas permis de trouver ce bacille (1).

MUQUEUSES. — Le coryza, l'ozène, la pharyngite, sont essentiellement chroniques et récidivent fréquemment. La pharyngite est ordinairement accompagnée d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes, en sorte que les enfants, obligés de respirer la bouche ouverte, ronflent en dormant. La *conjonctivite* affecte très souvent une forme grave et s'accompagne d'éruptions phlycténulaires. Elle résulte fréquemment de la propagation d'une affection du nez ou d'un eczéma envahissant de la peau ; ou enfin, et c'est là un des modes le plus fréquents, elle est due à ce que les enfants se frottent les yeux avec leurs doigts humides des sécrétions de l'eczéma. On a aussi démontré l'existence dans ces lésions des micro-organismes pyogènes (*staphylococcus albus* et *aureus*, *streptococcus*) et ce sont eux très probablement qui sont les agents de la maladie.

Très souvent on observe la *colpité*, la *vaginite* avec sécrétions purulentes du vagin et de la vulve. Si dans ces affections le véritable gonocoque de Neisser joue ordinairement un rôle, il est très possible, d'autre part, qu'il existe toute une série d'altérations produites par les micro-organismes pyogènes vulgaires.

Les affections catarrhales chroniques de l'*intestin* accompagnent quelquefois la scrofule, mais elles sont loin d'être aussi fréquentes qu'on pourrait le supposer ; quand elles existent, elles s'accompagnent ordinairement d'un gonflement considérable des ganglions lymphatiques viscéraux.

ORGANES DES SENS. — La *conjonctivite* a déjà été signalée. Très

(1) Il est fréquent de ne pouvoir rencontrer de bacilles dans le pus des abcès froids (Malassez, Schleglendahl Castro-Soffia). Mais dans ces cas généralement l'inoculation aux animaux provoque la tuberculose et les parois sont formées de tissu de granulation avec de vrais follicules tuberculeux qui se ramollissent après avoir subi la dégénérescence caséuse, et constituent ainsi le liquide puriforme et les grumeaux de l'abcès. (L. G.)

importantes sont les lésions scrofuleuses de la cornée, qui se présentent soit sous forme de kératite diffuse, soit sous forme ulcéreuse, toujours graves à cause de leur longue durée, de la tendance aux récurrences, et des complications, comme l'hypopion avec perforation de la cornée, l'iritis par propagation et la panophtalmie. Ces lésions graves de l'œil peuvent résulter comme la conjonctivite du transport sur l'œil de pus eczémateux.

Les affections catarrhales de l'oreille moyenne, produites ordinairement par la propagation d'une pharyngite, sont fréquentes dans la scrofule, elles donnent lieu à des suppurations prolongées avec formation consécutive de polypes. Ces affections dangereuses à cause de la surdité possible peuvent, si elles surviennent chez de jeunes enfants, produire la surdi-mutité; compliquées de suppuration mastoïdienne, de carie du rocher, de thrombose du sinus et de méningite, elles peuvent entraîner la mort.

AFFECTIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES. — Un grand nombre d'affections osseuses et articulaires, considérées jusqu'à présent comme étant de nature scrofuleuse, appartiennent manifestement à la tuberculose; telles par exemple, le spina ventosa (ostéomyélite chronique et périostite), le mal de Pott avec cyphose consécutive et un grand nombre d'affections articulaires. Dans ces affections graves, il ne faut pas perdre de vue que l'organisme scrofuleux constitue un excellent terrain de culture pour le bacille tuberculeux. La scrofule et la tuberculose sont comme le terrain et la graine, tous deux également nécessaires pour le développement et l'accroissement de la plante.

Telles sont les localisations principales de la scrofule. Mais il ne faut pas oublier que, dans certaines circonstances, il n'y a pas un seul organe qui soit à l'abri des manifestations locales de la scrofule.

Anatomie pathologique. — Il est évident que dans une maladie caractérisée par un complexus clinique aussi variable, les lésions anatomiques ne peuvent guère être rangées dans un cadre uniforme. Toute la question est de savoir si les différentes lésions locales que j'ai déjà décrites sont produites par le même processus anatomique. Les foyers scrofuleux présentent tout d'abord tous les caractères de l'irritation inflammatoire, à savoir l'accumulation de cellules rondes (diapédèse) et la néoformation de cellules indifférentes (tissu de granulation).

Toutes ces formes cellulaires présentent peu de résistance, leur

évolution est de courte durée et aboutit à la nécrose, à la dégénérescence graisseuse et à la fonte des éléments. La tendance à la suppuration constitue donc une des propriétés caractéristiques du processus scrofuleux. Ordinairement, le pus qui se forme n'est pas de bonne nature; dans beaucoup de cas, surtout sous l'influence du bacille tuberculeux, ils se transforment en une masse jaune ou jaune grisâtre ordinairement desséchée à laquelle son aspect a fait donner le nom de caséum. Dans la grande majorité des cas les productions caséuses seraient donc de nature tuberculeuse; pourtant il est difficile de nier que la scrofule, dans certaines conditions, ne puisse provoquer la formation de foyers caséux (1).

Au début, les ganglions scrofuleux sont un peu durs, gonflés, rouges sur la coupe. Plus le gonflement est ancien, plus pâle et plus desséché est le centre du ganglion qui se transforme progressivement en une masse gris jaunâtre. Les lésions ganglionnaires occupent des régions très variables du corps; le ganglion ramolli agit comme un corps étranger et en provoquant une inflammation périglandulaire, donne naissance à des suppurations prolongées et qui ne guérissent qu'après élimination des parties ramollies.

(1) Au point de vue anatomique et bactériologique, il n'existe aucune différence entre le ganglion dit scrofuleux et le tuberculeux. D'après les recherches de M. Mirinescu, des ganglions périphériques recueillis chez des sujets soupçonnés de tuberculose ou tuberculeux, ganglions qui quelquefois avaient l'aspect normal ou qui étaient simplement gonflés, il y avait toujours des lésions tuberculeuses et presque toujours des bacilles; dans les ganglions caséux, recueillis dans les mêmes conditions, il y avait presque constamment des bacilles. Toujours ces ganglions inoculés aux cobayes ont produit la tuberculose (*Th. de Paris*, 1890).

Mais il paraît exister une différence de virulence entre les ganglions scrofuleux et les tuberculeux. Arloing (*Rev. de méd.*, 1887) a inoculé simultanément à des cobayes et à des lapins des ganglions recueillis les uns sur des sujets d'apparence scrofuleuse, mais exempts de toute tare tuberculeuse appréciable cliniquement, les autres sur des sujets menacés de tuberculose ou tuberculeux. Dans le premier cas, les cobayes inoculés soit sous la peau, soit dans le péritoine, succombent tous à la tuberculose généralisée, mais les lapins résistent et l'inoculation avorte. Dans le second cas, lapins et cobayes succombent. Les lapins sont, en effet, plus réfractaires que le cobaye, et dans le cas particulier la différence de résultats peut s'expliquer par la différence de virulence entre les ganglions scrofuleux (?) et les tuberculeux. (L. G.)

Diagnostic. — L'aspect extérieur du malade permet déjà de faire le diagnostic. Les manifestations multiples, comme l'engorgement ganglionnaire, ne peuvent guère passer inaperçues. Le doute n'est permis que dans certains cas où les lésions ressemblent à celles de la syphilis. Les antécédents des malades permettent d'éviter la confusion, mais s'ils viennent à manquer et si la véritable nature des lésions est difficile à déterminer, la question reste forcément irrésolue. Ce sont surtout les ulcérations de la syphilis tardive qui sont difficiles à différencier des ulcérations scrofuleuses.

Pronostic. — Le pronostic de la scrofule, toujours incertain, est plus défavorable quand l'hérédité morbide est nette et quand les causes occasionnelles, comme les mauvaises conditions hygiéniques, agissent en permanence. Les lésions des os et des articulations assombrissent le pronostic ; celles de la peau et de la muqueuse guérissent ordinairement plus facilement. La scrofule en exposant l'organisme de l'enfant à l'infection par les micro-organismes en général et par le bacille de la tuberculose en particulier, doit être considérée comme une anomalie constitutionnelle grave et dangereuse.

Traitement. — Le traitement de la scrofule consiste avant tout en une amélioration des conditions hygiéniques dans lesquelles vit l'enfant. Ici les plus grandes précautions ne sont pas superflues, et le médecin doit exercer rigoureusement son contrôle sur le logement (école comprise), la nourriture, l'hygiène de la peau et même les vêtements des malades.

C'est dans ces conditions que la distinction des anciens entre la scrofule *éréthique* et la scrofule *torpide* montre son importance. Dans la *forme torpide*, quand il s'agit d'enfants gras, bouffis, il faut accélérer et stimuler la nutrition, leur nourriture doit être dépourvue de graisse, riche en azote, mais facilement assimilable. On donnera du lait, des œufs, de la viande dégraissée ou des extraits de viande. Les affusions froides, beaucoup de mouvement au grand air, les bains et surtout les bains salés (Kreuznach, Wittekind, Colberg, etc.), et pendant l'été les bains de mer indifféremment dans le nord ou le midi, sont indiqués ; on ordonnera en même temps la gymnastique et le massage bien compris.

Si les enfants sont *pâles, maigres*, on permettra au contraire un

régime alimentaire riche en graisse. C'est dans ces cas que se trouve indiquée l'huile de foie de morue qui est la graisse la plus facilement assimilable, seulement on ne la fera prendre que pendant l'hiver à cause de sa facile décomposition. Par contre on ne conseillera qu'avec prudence les ablutions froides, les bains de mer, l'exercice actif. Ces malades se trouveront mieux d'un séjour dans un pays montagneux et boisé (en Allemagne, la Thuringe avec ses bains salés et résineux).

Dans les deux formes de scrofule les *préparations iodées*, continuées pendant un certain temps, sont indispensables. On donnera de préférence du sirop d'iodure de fer (10 à 15 gouttes 3 fois par jour) (1) ou bien du saccharure d'iodure de fer en poudre (0.015 à 0.06, 3 fois par jour) si l'engorgement ganglionnaire s'accompagne d'anémie scrofuleuse très prononcée. L'iodure de potassium sans fer, l'arsenic (solution d'arsénite de potasse et eau de cinnamome de 3 à 6 gouttes à prendre 3 fois par jour), les eaux minérales iodées, devront être continués en surveillant les effets pendant un temps assez long.

A côté du traitement général, il faut traiter spécialement les lésions locales. Nous donnons dans les chapitres correspondants les indications thérapeutiques pour les affections locales que nous avons énumérées (conjonctivite, kératite, otite, eczéma, affections articulaires, etc.). Pour combattre les tumeurs ganglionnaires, on recommande les onctions avec le savon vert ; les résultats que j'ai obtenus de ce traitement, ne correspondent pas, il est vrai, à tout ce qu'on en a dit, mais ils sont assez encourageants. Plus efficaces sont les onctions avec les pommades à l'iodure de potassium ou mieux encore à l'iodoforme (iodoforme 1, axonge et lanoline à à 10), seulement on peut se demander si les résultats obtenus ne sont pas dus plutôt à l'action mécanique du massage qu'à toute autre chose. Le *massage*, le pétrissement des tumeurs ganglionnaires est un bon moyen pour faire rétrocéder la tuméfaction.

Si le ganglion se met à suppurer, il ne reste plus qu'à enlever les parties nécrosées à l'aide d'une curette tranchante, et à saupoudrer la plaie d'iodoforme pour en amener progressivement la guérison. C'est en agissant de cette façon qu'on évitera les ulcérations profondes, fistuleuses qui laissent après elles des cicatrices hideuses.

(1) Le sirop d'iodure de fer de la pharmacopée germanique contient 5 parties de fer pour 100 de la préparation complète. Le sirop de la pharmacopée française contient 0,10 centigr. d'iodure pour 20 du total. (L. G.)

Nous sommes absolument impuissants contre les *abcès multiples du tissu cellulaire sous-cutané*, affection des plus pénibles et des plus tenaces. On pourrait essayer contre ces suppurations l'usage fréquent des bains tièdes dans lesquels on mettrait de 0,50 à 1 gr. de permanganate de potasse ou de 0,30 à 0,50 de sublimé, par bain. Mais ce traitement ne réussit que très rarement. Une fois l'abcès formé, on l'incisera et fera écouler le pus; la plaie est saupoudrée d'iodoforme et guérit ordinairement par première intention.

2. — Tuberculose.

Les relations de parenté que nous avons indiquées entre la tuberculose et la scrofule sont tellement étroites que certains observateurs affirmant l'identité des deux processus, ont voulu élargir le domaine de la tuberculose et rayer complètement la scrofule de la pathologie. Nous avons vu que cette tentative n'était pas justifiée, et que les rapports entre la tuberculose et la scrofule sont ceux de la graine ou du fruit avec le terrain. Cela n'empêche pas que le domaine de la tuberculose s'élargisse de plus en plus, à mesure que le microscope décèle la présence du bacille tuberculeux dans de nouvelles lésions; par exemple, la distinction rigoureuse entre les *formes anatomiques* de la tuberculose proprement dite et les *inflammations caséuses*, n'a plus sa raison d'être depuis qu'on a prouvé que les deux lésions étaient produites par le même agent morbide, le bacille tuberculeux.

Bayle et Laënnec furent les premiers à introduire dans la science le nom de tuberculose, de dégénérescence tuberculeuse; le premier désigna sous le nom de granulation une petite production circonscrite qu'il considérait comme la cause de la dégénérescence tuberculeuse. Virchow décomposa la tuberculose de Laënnec, en tant qu'affection pulmonaire, en deux lésions anatomiques: 1) la *pneumonie caséuse*; 2) la *tuberculose proprement dite*, ou tuberculose miliaire, la première comprenant un processus chronique destructif, aboutissant à la nécrose caséuse des tissus, la seconde caractérisée par la formation de petites tumeurs nodulaires provenant du tissu conjonctif et ayant peu de tendance à subir la dégénérescence caséuse. Ces recherches

de Virchow furent le point de départ d'un nombre considérable de travaux ultérieurs (1).

Anatomie pathologique et étiologie. — Le *tubercule* est un petit corps atteignant à peine les dimensions d'un grain de millet, tantôt gris blanchâtre transparent, tantôt jaunâtre et plus translucide. Il est entouré d'une enveloppe conjonctive, et ne contient pas, ou ne contient qu'une quantité minime de tissu interstitiel. La plus grande partie du tubercule se compose de petites cellules rondes, à peine grandes comme des globules rouges, de cellules épithélioïdes plus volumineuses et de grandes cellules géantes isolées, contenant de nombreux noyaux. La cellule géante occupe ordinairement le centre du tubercule; sa présence est tellement constante qu'on en a fait un signe caractéristique du néoplasme tuberculeux (Schüppel). La signification de la cellule géante continue à être le sujet de discussions nombreuses, mais ses relations avec le système lymphatique, et particulièrement avec l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, sont actuellement bien établies.

L'accroissement du tubercule se fait par l'adjonction périphérique de nouvelles petites cellules, tandis que la cellule géante forme de nouveaux noyaux. Mais, cependant, l'accroissement ne dure pas longtemps: le tubercule totalement dépourvu de vaisseaux, subit la nécrose au centre occupé par la cellule géante (dégénérescence graisseuse et caséuse), nécrose qui, se propageant de plus en plus, transforme le néoplasme en une masse caséuse entourée de tissu conjonctif. Le foyer caséux ainsi formé peut aboutir, soit à la formation d'une cavité

(1) Cette opinion de Virchow devint l'opinion et l'erreur de l'école allemande. On n'admettait comme tubercule que la granulation. La matière caséuse n'était que l'aboutissant d'inflammations diverses et banales. Cependant en France beaucoup de cliniciens, fidèles à la doctrine de Laënnec, considéraient comme franchement tuberculeuses les lésions caséuses des poumons, mais il fallait pour prouver l'identité de la granulation et du tubercule caséux une base histologique: elle fut fournie par Grancher (1871) qui, comparant les deux lésions, montra que dans les masses caséuses, quelle que soit leur étendue, on peut toujours trouver à la périphérie les éléments du tubercule élémentaire, cellules embryonnaires, cellules géantes, cellules en dégénérescence vitreuse puis caséuse. Depuis ce jour, et bien avant la découverte du bacille, l'unicité de la tuberculose ne pouvait plus être contestée. (L. G.)