

mis de voir que l'on était en présence de lobules adipeux typiques parcourus par des vaisseaux et des capillaires sanguins sans aucun ganglion lymphatique, *sans aucun amas cellulaire même qui pût en être considéré comme un vestige*. Quelques bandes de tissu conjonctif, semées de quelques plasmazellen et de cellules conjonctives assez développées sont disposées sans ordre au milieu de la graisse. Quelques mastzellen se voient çà et là.

Les organes à sécrétion interne, capsules surrénales, glandes pituitaire et thyroïde, présentent, outre la congestion signalée plus haut, des lésions qu'expliquent la stase sanguine et l'infection. Il faut noter pourtant l'hypertrophie adénomateuse du corps thyroïde et le volume assez considérable (80 centigr.) du corps pituitaire. Le système nerveux est intact. Les cellules des cornes antérieures de la moelle sont normales.

§ 10. ADIPOSE DOULOUREUSE

Décrite en 1888 par Dercum (de Philadelphie), l'adipose douloureuse commence à être bien connue; la thèse de Sellerin donne une idée très nette de cette curieuse maladie¹.

L'adipose douloureuse est un syndrome caractérisé par un dépôt de graisse dans le tissu-cellulaire sous-cutané, avec phénomènes douloureux au niveau des néo-productions lipomateuses.

Symptômes. — La maladie débute généralement de façon lente et insidieuse, par de légères douleurs se faisant sentir en un point quelconque du corps. Parfois continues, le plus souvent intermittentes, ces douleurs sont d'intensité variable; les malades les comparent à « une

1. Sellerin. De l'adipose douloureuse. *Th. de Paris*, 1905.

sensation d'eau chaude coulant le long du bras », à « des vers rampant sous la peau », à « un décollement de la peau », à « une sensation constante de froid dans les genoux, bientôt suivie de douleurs sourdes ». On constate d'abord une légère rougeur de la peau sans tuméfaction appréciable, puis avec un peu d'attention on découvre des petites nodosités mobiles, douloureuses à la pression, roulant sous la peau, du volume d'une noisette ou d'une noix. Les douleurs précèdent les tumeurs ou sont contemporaines.

La période d'état comprend des symptômes cardinaux et des symptômes secondaires. Au nombre des premiers sont les douleurs, l'asthénie et les troubles psychiques. Les tumeurs évoluent sous forme nodulaire, plus rarement sous forme diffuse. L'asthénie est toujours marquée; elle va parfois jusqu'à rendre les malades impotents et incapables du moindre effort. Au nombre des troubles psychiques, citons les modifications du caractère, l'instabilité cérébrale, les cauchemars, les hallucinations, les troubles de la mémoire, et la tendance à la mélancolie (Ballet).

Aux symptômes secondaires appartiennent des hémorragies diverses, des troubles vaso-moteurs, moteurs et sensitifs avec zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, des troubles sensoriels et des troubles trophiques (arthropathies, atrophie musculaire).

La maladie dure ainsi des années et le malade succombe emporté par la cachexie ou par une maladie intercurrente. La guérison est assez exceptionnelle.

Le *diagnostic* est à faire avec les œdèmes nerveux, la lipomatose diffuse, la neuro-fibromatose et les lipomes symétriques.

Anatomie pathologique. — Les lésions neuro-fibromateuses et les lipomes symétriques atteignent le tissu conjonctif et les viscères. Le tissu conjonctif subit un gonflement œdémateux caractérisé par la présence de grandes cellules fusiformes sans cellules graisseuses et par du tissu conjonctif embryonnaire, puis l'adipose apparaît et fait

place à une sclérose terminale. Dans une biopsie de Rénon¹, il était facile de voir la transformation graisseuse des cellules conjonctives. Les lésions viscérales sont peu connues; on a trouvé des altérations du corps thyroïde, de la glande pituitaire, de l'atrophie des cordons de Goll, et la présence de fibres à myéline dans la pie-mère qui recouvre les cordons postérieurs de la moelle.

Étiologie. — On n'est pas mieux fixé jusqu'ici sur l'étiologie et la pathogénie de l'adipose douloureuse. On a cependant relevé sa fréquence dans le sexe féminin, à l'âge mûr et à la suite de traumatismes. Pour Sellerin, il n'est pas impossible que « dans quelques cas la maladie soit due à un simple trouble dynamogène du système nerveux », car « l'état psychique de certains malades, aussi bien que leur guérison relativement rapide, ne sont pas sans faire songer à la possibilité de troubles purement fonctionnels d'origine nerveuse, voire même hystérique² ».

Comme traitement, on a employé jusqu'ici, avec des résultats fort variables, l'extirpation des masses adipeuses, l'hydrothérapie, le salicylate de soude, l'arsenic, la strychnine, et la médication thyroïdienne.

§ 11. MYXŒDÈME

Considérations générales et historiques. — Le myxœdème n'est guère connu que depuis vingt ans et il constitue déjà une des maladies les plus complètes que l'on puisse étudier en pathologie. Sa pathogénie a été rapidement élucidée; le chirurgien opérant sur la thyroïde a souvent reproduit sur l'homme le syndrome caractéristique avec une rigueur toute

1. Rénon et Luiste. Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire. *Soc. méd. des hôp.*, 12 décembre 1902.

2. P. Sainton et J. Fernand. L'adipose douloureuse. *Gaz. des hôp.*, 21 août 1905, p. 962.

expérimentale; enfin nous possédons contre le myxœdème le plus rationnel et le plus spécifique des traitements jusqu'ici connus. C'est donc là une maladie d'étude, qui pour être rare n'en doit pas moins être rapportée avec quelques détails.

Décrit d'abord chez la femme adulte par Gull en 1873, le myxœdème fut étudié ensuite par Ord, qui lui donna son nom, et par Charcot, qui l'appela cachexie pachydermique.

A partir de 1880, Bourneville montra que le syndrome du myxœdème pouvait se montrer chez les jeunes idiots, et il dressa le tableau de l'*idiotie myxœdémateuse*.

En 1882, Reverdin observa, consécutivement à l'extirpation totale du corps thyroïde, des œdèmes muqueux semblables à ceux décrits par Gull et Ord. Il décrivit ainsi un myxœdème opératoire que Kocher devait appeler plus tard cachexie strumiprivo ou thyroïprivo.

Les recherches expérimentales montrèrent bientôt que le myxœdème chez les animaux pouvait être produit par l'extirpation du corps thyroïde, et l'identité du myxœdème spontané de l'adulte, de la cachexie strumiprivo et de l'idiotie myxœdémateuse ne tarda pas à être établie. L'observation clinique a montré qu'on pouvait aller plus loin et qu'à côté de ces types de myxœdème il y avait place pour des états myxœdémateux survenant comme syndrome accessoire chez les crétins goitreux et parfois même chez certains arriérés imbeciles. La découverte du traitement spécifique par injection de produits thyroïdiens fut le corollaire de ces recherches.

Étiologie. — Le myxœdème n'est qu'un syndrome, consécutif à la suppression chirurgicale ou à des altérations diverses de la thyroïde. On ignore la raison de l'absence congénitale de la glande qui crée l'idiotie myxœdémateuse : on n'est guère mieux renseigné sur les causes du myxœdème

1. Fournier. *Traitement de l'obésité par le corps thyroïde*. Th. de Paris, 1896.

de l'adulte. On a incriminé, mais sans certitude, les diverses maladies infectieuses aiguës ou chroniques, qui créeraient souvent une thyroïdite aboutissant en silence à la sclérose et à l'atrophie de l'organe.

Anatomie pathologique. — Si le myxœdème est le résultat de la suppression fonctionnelle de la glande thyroïdienne, quelles sont donc les altérations qui peuvent l'occasionner ?

Le myxœdème *opératoire* nécessite l'ablation totale de la glande; l'apparition du syndrome est exceptionnelle après la thyroïdectomie partielle; car il suffit qu'un tiers de la glande reste en place, pour que la cachexie n'apparaisse pas.

Le myxœdème *congénital* résulte presque toujours de l'absence du corps thyroïde.

Le myxœdème *acquis*, comme l'ont montré les autopsies jusqu'ici pratiquées, relève d'une thyroïdite atrophiante et sclérosante. La sclérose de l'organe peut être totale, mais, le plus souvent, on trouve, surtout au début, des amas de cellules rondes dans les parois des vésicules, une prolifération de l'épithélium. La thyroïdite doit donc être à la fois interstitielle et parenchymateuse.

Toute lésion de la thyroïde aboutissant à la suppression de ses fonctions peut sans doute être cause de myxœdème.

L'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané par une substance mucinoïde est la lésion secondaire la plus constante et la mieux connue. On a cité également des cas de véritable lipomatose. On a signalé enfin l'hypertrophie compensatrice de la pituitaire.

Description. — Maintenant que nous connaissons la raison du myxœdème, voyons comment il se présente en clinique. Étudions d'abord le myxœdème opératoire qui est comme la réalisation expérimentale du syndrome chez l'homme, puis nous étudierons le myxœdème spontané et enfin le myxœdème congénital.

Myxœdème opératoire. — Les premiers symptômes du

myxœdème opératoire apparaissent en général trois ou quatre mois après l'extirpation de la glande. Sensations de faiblesse et de froid dans les membres, infiltration muqueuse et décoloration des téguments, suppression des fonctions de la peau, torpeur cérébrale toute spéciale, tels sont les symptômes qui s'installent successivement et que nous allons retrouver au complet dans le myxœdème spontané.

Le myxœdème opératoire peut être atténué et curable. Dans ces cas, l'extirpation de la glande n'a sans doute été que partielle. Si le myxœdème résulte de l'ablation de la thyroïde, chez un sujet jeune, chez un enfant goitreux, par exemple, on voit survenir des arrêts de développement et des troubles intellectuels graves, superposables à ceux que l'on observe dans le myxœdème congénital.

Myxœdème spontané de l'adulte. — Le début est en général insidieux et le mal évolue en trois périodes. L'infiltration mucoïde des téguments marque la première période. Le derme, le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de substance colloïde. La peau est boursoufflée, tremblotante, élastique, et perd sa souplesse; elle est d'un blanc jaunâtre; la pression du doigt n'y détermine pas le godet de l'œdème. Les lèvres sont épaissies, le nez est élargi et la figure arrondie prend l'aspect d'une pleine lune. Les pieds et les mains sont gonflés et deviennent pachydermiques; l'épiderme se dessèche, la sécrétion sudorale se tarit; les cheveux, les sourcils, les cils, les poils, se raréfient. La langue et les muqueuses bucco-pharyngées s'épaississent.

Au bout de quelques mois, la période d'état se caractérise par une asthénie musculaire profonde et par des troubles psychiques annoncés par la tristesse, une torpeur intellectuelle des plus marquées et une indifférence absolue. Le pouls se ralentit, la température descend à 35 et 35 degrés. Le malade éprouve une sensation de froid toute spéciale; les urines diminuent; la voix est rauque et monotone. Tout l'être du myxœdémateux semble, comme dit Brissaud, être en sommeil. A cette période, l'atrophie du corps thyroïde

est la règle : son hypertrophie est l'exception. Si le traitement spécifique n'est pas appliqué, le malade entre progressivement en état de cachexie pachydermique et la mort est la terminaison fatale de cette troisième phase. Le traitement spécifique ne doit plus nous permettre d'observer cette dernière période.

Myxœdème congénital. — Idiotie myxœdémateuse. — Le myxœdème congénital peut se rencontrer dès l'âge de deux ans et même plus tôt. L'absence du corps thyroïde, l'infiltration des téguments, se rencontrent chez l'enfant, comme chez l'adulte. L'arrêt de développement mental et physique caractérise l'idiotie myxœdémateuse. « Elle n'a pas d'évolution, attendu qu'elle ne comporte pas de périodes successives et qu'elle n'aboutit pas à la cachexie. Elle est ce qu'elle est du premier au dernier jour : l'existence n'est pas comprise. La nutrition générale, considérablement ralentie au moment où elle devrait avoir son maximum d'intensité, suffit à l'entretien d'un être fruste, épais, indolent, passif, sans initiative, sans besoins, presque sans instincts. Le cœur bat, le poumon respire, mais le cerveau reste plongé dans son engourdissement fœtal, et rien ne l'éveillera. » Tel est le tableau saisissant de l'idiotie myxœdémateuse décrite par M. Brissaud¹. Le Pacha de Bicêtre, qui mesurait 90 centimètres à vingt ans, en est un exemple frappant. L'état physique et intellectuel reste à peu près où il en était au moment où l'individu a été frappé; c'est un « condamné à l'enfance à perpétuité » (Brissaud).

L'idiotie myxœdémateuse, nous l'avons déjà dit, est reproduite pour ainsi dire expérimentalement chez les jeunes enfants auxquels on extirpe le corps thyroïde. Le myxœdème n'est en effet qu'un trouble trophique consécutif à l'extirpation du corps thyroïde et dont les effets varient suivant l'âge du sujet atteint.

Les goitreux crétins sont, la plupart du temps, myxœdémateux et leur histoire est à rapprocher de celle des idiots

1. Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*. Paris, 1893, p. 606.

myxœdémateux. Chez le crétin, le corps thyroïde est presque toujours hypertrophié, mais la dégénération kystique, aussi bien que l'atrophie, fait perdre à la glande thyroïde ses attributs fonctionnels.

Brissaud distingue le myxœdème *thyroïdien* du myxœdème *para-thyroïdien*; ce dernier serait chez l'homme l'analogue du myxœdème expérimental succédant à l'extirpation des glandules para-thyroïdiennes chez l'animal (Gley). Le myxœdème proprement dit, le myxœdème thyroïdien, ne se complique pas d'aphatie intellectuelle; le myxœdème parathyroïdien, provenant d'une altération complète et totale de toutes les parties de la glande, se caractérise, outre l'infiltration des téguments, par « l'idiotie crétinoïde et l'abrutissement de la cachexie strumiprive¹ ».

Diagnostic. — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic du myxœdème, toujours facile à différencier des différents œdèmes mous et dépressibles des cardiaques et des rénaux, ou de la lipomatose, ou de l'acromégalie. Rappelons seulement les rapports que présentent, par exception, le goitre exophtalmique et le myxœdème²; l'hyperthyroïdation peut par épuisement donner lieu à l'hypothyroïdation.

Le crétinisme est propre à certaines régions, de plus le goitre que portent les sujets qui en sont atteints est presque toujours héréditaire.

Pathogénie. — Les physiologistes, après les chirurgiens, ont montré que l'extirpation du corps thyroïde chez les animaux comme chez l'homme déterminait des troubles trophiques analogues au myxœdème humain. Les recherches de Horsley ont été faites chez le singe. Une question reste à élucider. Comment l'insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde conduit-elle au myxœdème?

Schiff, pour répondre à cette question, a posé le dilemme suivant : ou bien le corps thyroïde élabore par sécrétion interne une substance utile, indispensable au bon fonction-

1. Brissaud. *Presse médicale*, 18⁹³, n° 1.

2. P. Marie. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1894.

nement des centres nerveux; ou bien à l'état normal il a une action empêchante sur certaines substances toxiques produites dans l'économie, substances qui peuvent exercer librement leurs effets nocifs, après l'annihilation de la glande. En dépit des expériences rapportées par quelques physiologistes en faveur de la seconde proposition, la clinique semble donner l'avantage à la première. Les effets thérapeutiques merveilleux obtenus par l'injection de corps thyroïdes ne semblent-ils pas indiquer que la glande sécrète une substance utile au bon fonctionnement organique? D'ailleurs nous commençons à connaître la nature intime des principes actifs du suc thyroïdien. Baumann a découvert la thyroïdine, substance organique renfermant en combinaison intime de l'azote et de l'iode. Cette substance très active extraite du corps thyroïde guérit à elle seule le myxœdème, comme l'ont montré des observations très précises.

Au point de vue pratique, on doit toujours s'assurer de son existence dans les extraits de glandes donnés dans un but thérapeutique; sa présence est toujours facile à déceler, grâce à l'iode qu'elle contient. Récemment, S. Fränkel de Vienne a isolé une substance cristallisable ne renfermant pas d'iode, qu'il appelle thyroantitoxine et qui atténuerait les symptômes causés chez les animaux par l'extirpation du corps thyroïde. La chimie ne nous a sans doute pas dit son dernier mot sur la nature des diverses substances du suc thyroïdien.

Traitement. — Le traitement spécifique du myxœdème consiste à introduire dans l'économie les substances thyroïdiennes dont l'absence cause tout le mal.

La greffe de corps thyroïdes d'animaux, les injections hypodermiques d'extrait thyroïdien, ont été les premières méthodes employées; elles sont aujourd'hui abandonnées.

Howitz a eu le mérite d'être le premier à instituer le traitement du myxœdème par ingestion de pâtes préparées avec les glandes thyroïdes. Cette méthode est la seule employée aujourd'hui. On peut se procurer des tablettes

toutes préparées d'extrait thyroïdien, mais la meilleure préparation est celle que l'on fait soi-même avec le corps thyroïde du mouton, que l'on doit administrer par lobes avec la plus grande prudence pour éviter les accidents d'hyperthyroïdation, accidents qui peuvent aller jusqu'à simuler les symptômes de la maladie de Basedow et qui sont annoncés le plus souvent par de la céphalalgie, des syncopes, de l'albuminurie¹, etc.

Sous l'influence du suc thyroïdien, la température centrale s'élève, on assiste à une démyxœdémisation rapide des téguments, la torpeur cérébrale disparaît et les sujets reviennent rapidement à la santé. La guérison ne peut se maintenir que par une ration d'entretien, soit un ou deux lobes par semaine, qui doivent être absorbés durant toute la vie.

Tels sont les principes de cette médication thyroïdienne, qui est, on peut le dire, une des plus belles conquêtes de la médecine contemporaine.

On a conseillé aussi l'emploi de l'iodothyrine de Bayer à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. Les résultats que produit ce médicament sont des plus favorables: Pierre Marie et Crouzon ont traité un homme atteint de myxœdème opératoire par ce médicament et ils ont vu en moins de trois mois le poids de ce malade tomber de 99 à 88 kilogrammes; de plus, les urines qui contenaient 1 gr. 10 d'albumine par litre avant le traitement n'en renfermaient plus trace au bout de six semaines. Ces auteurs n'ont pas obtenu le même résultat avec les capsules de corps thyroïde frais; le poids se maintenait élevé et le malade n'éprouvait plus le même bien-être qu'avec l'iodothyrine.

1. P. Morisot Guerlain. — Brissaud et Louques. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1894.

2. P. Marie et Crouzon. *Soc. méd. des hôp.*, 12 juin 1905.

§ 12. SCROFULE — LYMPHATISME

Si l'on s'en rapporte aux descriptions que l'autorité de nos devanciers avait rendues classiques, on voit que la *scrofule* « est une dystrophie constitutionnelle dont les manifestations, de nature inflammatoire pour la plupart, occupent les ganglions lymphatiques, la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les tissus ostéo-fibreux et les viscères ». (Jacquoud.)

Il y a même, disait Bazin, dans l'apparition de ces manifestations multiples une sorte de régularité, qui, pour n'être pas absolue, n'en a pas moins quelque valeur. Ainsi la peau et les ganglions lymphatiques sont les premiers affectés, et cela, dès le jeune âge; plus tard, c'est le tour des muqueuses et du tissu conjonctif; en troisième lieu, viennent les lésions du squelette et des jointures, enfin les altérations viscérales.

D'après l'ancienne description, la scrofule débute dès la première année de la vie : les enfants à la mamelle, ou voisins de la dentition, ont des éruptions impétigineuses de la tête ou de la face (croûtes de lait, gourmes). Plus tard, ce sont des blépharites chroniques, de l'impétigo, des croûtes, des suintements du nez et des oreilles, des engelures qui s'ulcèrent.

Les engorgements ganglionnaires apparaissent souvent vers la seconde dentition (*tempérament lymphatique*). Les *adénites* scrofuleuses se font par poussées successives, sont souvent limitées aux ganglions du cou et atteignent parfois les ganglions bronchiques et les ganglions mésentériques (carreau). Les adénites cervicales sont isolées ou multiples; elles se terminent par résolution ou aboutissent à des suppurations quelquefois interminables, qui laissent des cicatrices indélébiles.

L'aspect du petit scrofuleux est caractéristique : la lèvre

supérieure est volumineuse et avançante, le nez est tuméfié, le menton est aplati; les amygdales sont exubérantes; l'enfant est sujet aux angines et aux coryzas.

A un âge plus avancé apparaissent les *scrofulides*, dermatoses qui ont pour siège de prédilection la tête et la face. Ces scrofulides sont surtout érythémateuses, vésiculeuses et pustuleuses; elles ont souvent une teinte violacée et ne provoquent ni douleurs ni démangeaisons.

Les manifestations plus tardives de la scrofule sont le coryza chronique et ulcéreux avec ou sans *ozène*, les scrofulides ulcéreuses de la gorge, le *lupus*, dermatite ulcéreuse ou tuberculeuse qui a pour siège de prédilection le nez et les joues.

Aux mêmes époques apparaissent les abcès froids, les lésions articulaires et osseuses, périostite, carie, arthrite fongueuse, tumeur blanche, et enfin la dernière période de Bazin comprend la scrofule testiculaire, génito-urinaire, la scrofule mammaire, cérébrale, la phthisie bronchique et pulmonaire.

La scrofule, maladie diathésique, innée ou acquise, peut s'arrêter à une période quelconque de son évolution; elle débute rarement après l'âge de la puberté, mais elle présente souvent de longues rémissions, et tel individu, déjà adulte, voit survenir des lésions scrofuleuses, alors qu'il n'en avait plus trace depuis son enfance.

Cet aperçu général de la scrofule répond au tableau classique tel qu'il nous avait été légué.

Mais de ce tableau que reste-t-il aujourd'hui? Pas grand' chose. Le démembrement de la scrofule s'est fait au profit de la tuberculose et un peu au profit de la syphilis; la scrofule a donc perdu toute autonomie; dans bien des cas la *scrofulo-tuberculose* a remplacé l'ancienne scrofule.

Cependant, de cette ancienne scrofule, il y a quelque chose à conserver : ainsi les éruptions impétigineuses de la face et de la tête, qui surviennent pendant l'allaitement et aux approches de la dentition, les croûtes de lait et les gourmes, comme on les appelle vulgairement, qui persis-

tent et se reproduisent avec ténacité, les érythèmes et les suintements du nez et des oreilles, tout cela forme un tableau clinique qui répond à l'idée qu'on se fait, sinon de la scrofule, du moins du *lymphatisme*. Je sais bien qu'on pourrait dire que les enfants sujets à de telles manifestations seront plus enclins que d'autres à devenir un jour scrofulo-tuberculeux; nous discuterons plus loin cette question qui prouverait en tout cas l'affinité de ces différents états, mais nullement leur identité.

Ce qui est certain, c'est que chez les sujets dits lymphatiques, la résolution se fait mal dans certaines parties fluxionnées ou enflammées, il semble que la circulation lymphatique soit entravée; les catarrhes des muqueuses nasale, oculaire et pharyngée persistent indéfiniment, les ailes du nez et la lèvre supérieure restent empâtées et épaissies, les blépharites s'éternisent, le coryza et l'angine récidivent à la moindre occasion, les ganglions lymphatiques en subissent facilement le contre-coup, les amygdales s'hypertrophient et restent volumineuses; ces différentes lésions donnent au sujet lymphatique un aspect caractéristique.

Ce qui est également indéniable, c'est que ces sujets « lymphatiques » sont moins bien armés pour la défense, le « terrain » est, chez eux, de qualité inférieure; la peau et les muqueuses se laissent assez facilement envahir par les habitants habituels des surfaces muqueuses et cutanées, microbes pyogènes et saprophytes; de là, fréquence d'impétigo, de furoncles, de suppurations cutanées, avec ou sans adénites consécutives. Cette scrofule atténuée, ce « tempérament lymphatique » si l'on veut conserver une ancienne dénomination, mérite de garder sa place dans nos descriptions de pathologie, mais tout le reste de l'ancienne scrofule doit être reporté ailleurs.

Ainsi les lupus, les scrofulides ulcéro-crustacées, les adénites dites scrofuleuses, les scrofulides des membranes muqueuses, les écrouelles, tout cela est à restituer à la tuberculose et à la syphilis. La plupart des adénites qu'on

regardait comme scrofuleuses sont en réalité tuberculeuses. Leur nature tuberculeuse est démontrée par l'anatomie pathologique et par l'expérimentation, car leur substance inoculée provoque la tuberculose. Ces adénites surviennent souvent chez des sujets qui n'avaient eu jusque-là aucun accident scrofuleux; elles peuvent persister longtemps à l'état de *tuberculose locale*, s'améliorer, puis reparaitre, s'aggraver et être suivies de tuberculose des ganglions bronchiques, de bronchites suspectes et de phthisie pulmonaire. Cette évolution est parfois très lente à se faire; elle peut durer un grand nombre d'années, mais dans quelques cas la marche des accidents est beaucoup plus rapide¹. Un individu (le fait est fréquent chez les soldats), n'ayant aucun antécédent scrofuleux, est pris de bronchite ou de pleurésie, ou bien il a un abcès froid, une carie osseuse, et cela sans aucune trace de phthisie pulmonaire; néanmoins sa santé faiblit, des *adénites* apparaissent, adénites d'apparence scrofuleuse, mais en réalité tuberculeuses, et bientôt se déclare une tuberculose pulmonaire aiguë qui enlève le malade.

La *syphilis*, à sa période tertiaire, provoque des adénites qui revêtent parfois l'aspect de *gommes ganglionnaires* (Fournier²). Ces gommes ganglionnaires siègent surtout aux régions inguinale, sous-maxillaire, cervicale. Au début, elles sont dures et indolentes; plus tard, elles se ramollissent, s'ulcèrent en forme de cratère et laissent écouler une matière épaisse, visqueuse et purulente. L'analogie est parfois si grande entre ces adénopathies syphilitiques et les adénopathies autrefois appelées scrofuleuses que le traitement seul peut trancher le diagnostic. On voit donc qu'on peut supprimer le groupe des adénopathies dites scrofuleuses.

Le groupe des *angines scrofuleuses malignes* doit également être supprimé; ces angines sont tantôt d'origine

1. Charvot. *Gaz. hebdomadaire*, 1882. — Clavelin. *Tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte*. Th. de Paris, 1881.

2. Ramage. *Gommes ganglionnaires*. Th. de Paris, 1880.

syphilitique (acquise ou héréditaire), tantôt d'origine tuberculeuse.

Le *lupus* de la peau et des muqueuses est également une lésion d'origine scrofulo-tuberculeuse; la description du *lupus* et des angines lupiques est faite en détail au premier volume de cet ouvrage.

Les collections purulentes, les *abcès froids*, auxquels on attribuait trop facilement une origine scrofuluse, doivent être rattachés à la tuberculose; des tubercules et des bacilles ont été trouvés dans leurs parois.

La scrofule, suivant les anciennes descriptions, atteignait les *articulations* et les *os*; elle y déterminait des tumeurs blanches, des caries avec suppuration, des trajets fistuleux avec issues d'esquilles. Mais en y regardant de près, on a vu que ces lésions, dites scrofuluses, arthrites chroniques, ostéo-arthrites fongueuses, tumeurs blanches, sont, anatomiquement et cliniquement, de nature tuberculeuse¹.

L'arthrite fongueuse tuberculeuse débute rarement par la synoviale; elle a presque toujours pour origine une tuberculose de l'os; un foyer tuberculeux se développe dans l'épiphyse, se ramollit, détermine des lésions d'ostéite, de carie, de nécrose, et l'articulation est envahie (Lannelongue²).

Dans quelques cas, ces lésions représentent une *tuberculose locale* qui peut guérir avec ou sans ankylose — coxalgie, tumeur blanche du genou — (traitement de Lannelongue), mais parfois aussi la tuberculisation articulaire est suivie à échéance plus ou moins éloignée de phthisie pulmonaire, et quelques observations prouveraient que l'amputation peut déterminer une explosion de tuberculose pulmonaire aiguë (Verneuil). Dans d'autres circonstances, les lésions tuberculeuses de l'os et de l'articulation se développent en

1. Bouilly. *Comparaison des arthropathies rhumatismales scrofuluses et syphilitiques*. Th. d'agrég., Paris, 1878. — Brissaud. *Revue mensuelle*, 1879, p. 457.

2. Lannelongue. *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, 1878. Acad. de méd., 1892.

même temps qu'une phthisie pulmonaire plus ou moins latente, dont les symptômes jusque-là étaient en partie passés inaperçus.

D'autres lésions osseuses qui ont les apparences de la scrofule sont de nature *syphilitique*; d'autres enfin ont pour origine une ancienne ostéomyélite qui n'avait probablement pas abouti à la guérison complète (Lannelongue). Autant d'altérations à distraire du cadre de la scrofule.

Lésions viscérales. — Un grand nombre de lésions viscérales qu'on avait regardées autrefois comme scrofuluses doivent rentrer dans le cadre de la tuberculose. On n'est pas encore suffisamment familiarisé avec les allures de ces *tuberculoses locales*; on ne s'est pas encore assez dégagé de la fameuse loi de Louis, d'après laquelle la tuberculose pulmonaire devait accompagner fatalement la tuberculose des autres régions ou des autres organes. Les tuberculoses locales ou localisées se développent primitivement dans une région ou dans un organe, s'y cantonnent et peuvent guérir. Elles n'ont pas la même gravité dans tous les organes, leur évolution ne s'y fait pas de même manière, leur tendance à la généralisation est différente.

Certaines altérations du *testicule*, caractérisées par une orchite chronique avec induration de l'épididyme, ramollissement, suppuration et fistules, ont été longtemps appelées scrofuluses. Ces altérations testiculaires sont franchement tuberculeuses. Non seulement la lésion guérit en tant que tuberculose locale, mais dix fois sur trente la tuberculose testiculaire n'a aucune tendance à se généraliser (Reclus¹). J'en dirai autant de la tuberculose de la muqueuse utérine, de l'ovaire², de la vessie³, du *rein*⁴, de la *mamelle*; lésions qui étaient la plupart considérées par Bazin comme étant de nature scrofuluse.

1. Tubercule du testicule. *Arch. de physiol.*, 1876, p. 56.

2. Brouardel. *Tubercules des organes génitaux de la femme*. Th. de Paris, 1865.

3. Tapret. Tuberculose urinaire. *Arch. gén. de méd.*, mai 1878.

4. Guyon. *Leçons cliniques des maladies des voies urinaires*. Paris, 1881.

En ce qui concerne les altérations du *poumon*, nous savons que tubercule et produits caséeux sont de même nature (œuvre de Laënnec); la phthisie dite scrofuleuse et la phthisie tuberculeuse sont réunies en un processus morbide *unique*, et, cliniquement, les différences que ces variétés établissent dans la symptomatologie de l'affection se réduisent le plus souvent à une question de nuances.

L'étude comparative et analytique que nous venons de faire prouve que l'ancienne scrofule n'existe plus comme entité morbide; une part de ses altérations appartient à la syphilis, une part plus large encore appartient à la tuberculose. Une chose persiste, c'est « le tempérament lymphatique » sur lequel j'ai insisté plus haut, tempérament lymphatique qui constitue en somme une déchéance de l'individu. Cette déchéance, qu'on la nomme lymphatique ou scrofulo-lymphatique, peut être acquise ou héréditaire.

Elle peut être créée, dès l'âge le plus tendre, par un allaitement défectueux ou insuffisant, elle peut dépendre, à un âge un peu plus avancé, de mauvaises conditions hygiéniques : habitations humides, sans air, sans lumière, mauvaise alimentation. Elle peut enfin et surtout être héréditaire quand l'enfant est issu de parents arthritiques, syphilitiques, alcooliques, tuberculeux, ou quand il a été conçu dans de mauvaises conditions (âge avancé du père, état maladif de la mère).

Faut-il considérer le lymphatisme comme la première étape, comme le premier âge de la tuberculose? Nous ne le pensons pas.

Que les gens lymphatiques soient plus spécialement prédisposés aux altérations scrofulo-tuberculeuses et à la phthisie pulmonaire, c'est indiscutable, mais cela ne prouve pas l'identité des deux processus, cela prouverait tout au plus que le scrofulo-lymphatique offre un terrain favorable au développement de la tuberculose.

Le *traitement* du scrofulo-lymphatisme est le suivant : autant que possible, habitation au grand air, à la campagne, au bord de la mer; exercices physiques, équitation,

gymnastique. L'alimentation doit être choisie, et principalement composée de viandes, de légumes frais, d'aliments gras et huileux, caviar, sardines à l'huile, thon mariné, pâté de foie gras. L'huile de foie de morue à haute dose, les préparations iodées, phosphatées et arsenicales, forment la base de la médication. On conseillera l'hydrothérapie, les bains de mer, les eaux salines, les eaux sulfureuses, les eaux iodo-bromurées (Kreuznach).