Lymphomes hyperplasiques tuberculeux (auteurs allemands).

L'épithète *scrofuleuse* est souvent, par une habitude vicieuse, attribuée au mot adénopathie par les auteurs mêmes qui ne reconnaissent que des adénopathies tuberculeuses.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES

HISTORIQUE

1° Période ancienne des scrofules, des temps les plus reculés à Laënnec et Bayle. — L'écrouelle est l'accident type, la signature de la scrofule.

2° Période moderne, de Laënnec à Koch. — La scrofule et la tuberculose sont étudiées séparément dans les ganglions ; l'identité des lésions est soupçonnée, mais, en l'absence d'un critérium, personne n'ose affirmer l'identité dans tous les cas.

3° Période contemporaine, depuis Koch. — L'adénopathie scrofuleuse n'est plus qu'une adénopathie tuberculeuse variant d'aspect suivant la virulence du germe et suivant le terrain où ce germe évolue.

L'adénopathie cervicale était pour les anciens l'accident fondamental, l'accident unique de ce qu'on désignait sous le nom de scrofule.

De la scrofule, en d'autres termes, Hippocrate, Galien et Celse ne connaissaient que les écrouelles cervicales.

Ne nous attardons pas aux explications humoristes de ces époques lointaines : concrétions sanguines ou purulentes, dépôt de matière froide et pituitaire ; elles n'ont aucun intérêt.

Il faut arriver à Aselli, Bonet, Astruc, Morgagni,

pour voir apparaître avec la découverte du système lymphatique l'idée de localisation de la maladie dans les ganglions nouvellement découverts.

A cette époque on comprend déjà que la maladie n'est pas toujours limitée aux ganglions du cou (*morbus colli pessimus* d'Hippocrate), mais qu'elle peut s'étendre à tout le système lymphatique.

En 1749 trois mémoires de Faure, Charmetton, Bordeu répondirent à cette question posée par l'Académie de chirurgie : « Déterminer les caractères des tumeurs scrofuleuses, leurs signes, leurs causes. »

Ce sont les trois premières monographies que nous possédions sur ce sujet. Elles sont riches en faits sur l'étiologie grossière et sur la marche des adénopathies, mais ne contiennent, bien entendu, rien de scientifique sur la nature vraie de cette affection. Tous ces auteurs, obéissant aux préjugés des siècles passés, considèrent les écrouelles comme très contagieuses.

Lalouette, dans un mémoire très bien fait, ajoute au domaine de la scrofule les affections de la peau et du cuir chevelu ; il marque ainsi le premier pas dans cette voie, qui fit jusqu'à la période contemporaine rattacher à une diathèse vague tant d'affections disparates.

Le génie de Bichat entrevoit la vérité, et pour lui la scrofule et le tubercule ne font qu'un. Il formule cette loi pathologique qui restera désormais acquise : « Les ganglions lymphatiques extérieurs reflètent les phénomènes qui se passent à la surface de la peau et des muqueuses. »

Il y a vingt ans, dans le même ordre d'idées, Parrot affirmait que les adénopathies tuberculeuses profondes du mésentère et du mediastin étaient toujours

similaires de lésions tuberculeuses viscérales (Parrot, Hervouet, Baréty). Pour les anciens au contraire, le carreau et la phtisie bronchique étaient une affection essentielle, une tuberculose primitive, sinon toujours, au moins dans beaucoup de cas.

L'idée de tuberculose des ganglions sous l'influence des travaux de Laënnec et de Bayle fait peu à peu son chemin, mais n'est point acceptée sans restriction par les auteurs, qui semblent comme à regret voir la scrofule reculer au second plan.

Laënnec déclare que la tuberculose peut commencer par les ganglions mésentériques ou cervicaux et les viscères n'être atteints que consécutivement.

Lebert ne recule pas devant cette assertion, hardie pour l'époque (1849) : « Les maladies glandulaires sont bien plus souvent de nature tuberculeuse qu'inflammatoire ou hypertrophique. »

L'article de Guersant dans le Dictionnaire en 30 volumes donne assez bien la note de l'opinion au sujet des adénopathies vers le milieu de notre siècle :

> L'adénite scrofuleuse, dit-il, doit être désormais considérée comme une forme de la tuberculose générale ; nous aurions donc dû ne pas comprendre l'adénite externe dans le tableau des altérations morbides scrofuleuses, et renvoyer cette maladie à l'histoire des affections tuberculeuses en général ; mais, l'adénite externe ayant été si longtemps considérée comme le type de la scrofule, nous n'avons pas cru pouvoir l'éliminer ainsi du cadre nosologique dans lequel elle est placée depuis l'origine de la médecine jusqu'à nos jours.

L'idée de la tuberculose locale commença par les adénopathies, car, en l'absence de moyens de contrôle

ne pouvant s'appuyer que sur des apparences extérieures, les médecins de cette époque méconnaissaient presque toutes les autres manifestations externes de la tuberculose.

Si le type de la scrofule, continue Guersant, n'est plus qu'une affection tuberculeuse, il n'y a donc plus de scrofule? A quoi bon conserver ce nom? Il faut le rayer de la liste des maladies; mais il faut observer que l'adénite strumeuse est la seule forme de la scrofule dans laquelle on retrouve constamment des tubercules : on n'en rencontre pas dans les divers abcès tuberculeux; on n'en trouve pas non plus dans la plupart des arthrites scrofuleuses, et les tubercules des os ne sont pas à beaucoup près aussi constants que les ostéites scrofuleuses. Il serait donc très peu rationnel, comme le proposent les jeunes écrivains qui n'ont entrevu la maladie que sous une de ses faces, de la rayer complètement du cadre nosologique et de la considérer comme une simple affection tuberculeuse.

En 1865, Villemin établit la virulence des produits de la tuberculose en inoculant l'affection à des animaux, et par là même l'unicité des lésions, mais il n'arrive point à démontrer d'une façon irréfutable la nature tuberculeuse des adénopathies.

En 1871 Schüppel démontre l'existence des granulations grises dans les ganglions; la granulation grise passait alors pour la caractéristique de la tuberculose, mais elle ne devait pas tarder à devenir suspecte elle-même, et H. Martin devait bientôt affirmer qu'elle n'était que le résultat de l'inflammation produite par un agent infectieux agissant à la manière d'un corps étranger.

Sur ces entrefaites, Cohnheim constate que le caséum des adénopathies lui donne toujours des résultats

affirmatifs et reproduit constamment le tubercule par inoculation.

En 1880 et 1881, Colas confirme ce fait par ses expériences.

En 1879, H. Martin préconise les inoculations en séries qui permettent de distinguer les vraies et les fausses tuberculoses.

Thaon, dans sa thèse en 1873, croit l'adénite caséeuse tuberculeuse, mais admet qu'elle diffère au point de vue histologique, et le professeur Cornil combat en 1877, au nom de l'anatomie pathologique, cette assimilation complète de la scrofule et de la tuberculose :

L'altération scrofuleuse des ganglions est consécutive à une lésion irritative chronique des muqueuses et des téguments chez un sujet prédisposé. Elle consiste essentiellement dans une inflammation chronique du tissu conjonctif et des cellules lymphatiques, dans l'épaississement fibreux et la formation de bandes de tissu conjonctif qui parcourent le ganglion en dissociant et en isolant des îlots de tissu réticulé dont le reticulum et les cellules sont eux-mêmes altérés. Consécutivement à ce processus très lent, la circulation se ralentit et se supprime dans les îlots, qui deviennent caséeux. L'état caséeux et l'induration scléreuse sont les derniers termes de l'évolution de la lésion.

Il n'accepte point l'assimilation, et il ajoute plus loin :

Il est certain que les tubercules et les écrouelles ganglionnaires ont entre elles un air de parenté par la dégénérescence caséeuse qui est leur stade ultime et commun et par la facilité que possèdent les petites cellules du nodule tuberculeux, aussi bien que les grandes cellules lymphatiques de l'îlot strumeux, à cesser de vivre et à devenir granuleuses; mais le début de la lésion et sa période d'état

suffisent à établir une distinction anatomique. La distinction étiologique et clinique n'est pas moins nette.

— En résumé, dit Brissaud (1880, *Dictionn. encyclopédique*), si on passe en revue les opinions des auteurs sur la nature de la scrofule, on constate que trois doctrines sont en présence :

La première établit une distinction profonde entre la scrofule et la tuberculose;

La seconde tend à effacer la tuberculose et à la faire tenir dans la scrofule;

La troisième nie l'existence de la scrofule et ne reconnaît que des affections tuberculeuses.

A notre avis, les opinions extrêmes qui contestent à la tuberculose ou à la scrofule leur existence propre, leur autonomie, ne peuvent être soutenues qu'à des points de vue étroits et exclusifs. Au contraire, en tenant compte de l'ensemble des caractères qui constituent une maladie : la lésion, les symptômes, d'une part; l'étiologie et l'évolution, d'autre part, il y a lieu de décrire séparément la scrofule et la tuberculose; et malgré leur étroite parenté, malgré les travaux récents faits au bénéfice de cette dernière, il faut décrire à part la scrofule, dont le domaine est encore assez vaste pour mériter une exploration attentive.

En 1881, Bouchard soupçonne l'existence de bactéries; en même temps, Toussaint et Klebs recherchent de leur côté les microbes du tubercule.

Dès ce moment les travaux de Thaon, Brissaud, Lannelongue, Charcot, etc., permettent d'établir que presque toutes les adénopathies sont tuberculeuses; mais beaucoup de bons esprits se refusent encore à rejeter complètement l'adénite scrofuleuse, le scrofulome, suivant un néologisme de Grancher.

Dans la plupart des ouvrages antérieurs à 1882, on décrit côte à côte, et avec des réserves au point de

vue de l'assimilation, une adénite scrofuleuse et une adénite tuberculeuse.

C'est le parti qu'adoptent Le Dentu et Longuet dans le *Dictionnaire de médecine pratique* :

Vu l'analogie des lésions anatomiques, disent-ils, et la conformité des symptômes que présentent la dégénérescence tuberculeuse et la dégénérescence scrofuleuse des ganglions lymphatiques, on peut se demander quelle utilité présente l'étude séparée de ces deux maladies. Beaucoup d'auteurs tendent à considérer la scrofule comme une manifestation secondaire ou plutôt comme une forme dégénérée de la tuberculose, et par conséquent admettent la fusion de ces deux entités morbides au point de vue anatomopathologique et descriptif; d'autres, au contraire, séparent nettement la tuberculose de la scrofule et en font deux diathèses absolument distinctes et ne voient entre elles que des points de contact. Ceux-ci décrivaient d'un côté l'adénite scrofuleuse et d'un autre l'adénite tuberculeuse. Ceux-là confondent ces deux genres d'adénites dans la même description.

Nous sommes très portés à suivre l'exemple de ces derniers; mais comme la science n'est point encore fixée à ce sujet, comme il n'existe encore aucune preuve manifeste de ce fait, nous suivons le courant en faisant un chapitre à part de la dégénérescence strumeuse, tout en indiquant la tendance que nous avons exprimée.

La preuve manifeste que tout le monde attendait avec impatience fut donnée en 1882 par Robert Koch, qui découvrit les bacilles de la tuberculose et réussit leur culture dans le sérum gélatineux.

Koch démontrait ainsi, deux fois sur trois, la présence des bacilles typiques dans les adénopathies. Schuchardt et Krause refaisaient les mêmes expériences plus démonstratives encore.

Il est des adénopathies où les bacilles échappent à l'examen histologique très attentif; mais cette recherche micrographique négative (SCHUCHARDT, FEDOR, KRAUSE, MÜLLER (de Göttingen) n'infirme point la doctrine d'identité désormais acquise. Là, en effet, où le microscope est négatif, l'inoculation donne des résultats en série qui lèvent tous les doutes.

La découverte du bacille ferme ainsi la vieille querelle entre la scrofule et la tuberculose dans leurs manifestations ganglionnaires. Nous avons désormais un critérium assuré : partout où il y aura bacille, il y aura tuberculose; ces bacilles pourront se cultiver en série et reproduire indéfiniment la tuberculose. Est-ce à dire que les inoculations de toutes les adénopathies donneront indifféremment les mêmes résultats? Évidemment non. En dehors même de degrés variables de virulence, il y aura différence dans le nombre des bacilles, etc. Suivant une foule de conditions, la tuberculose peut être atténuée au même titre que la syphilis, le tétanos, etc. Ces atténuations, sur lesquelles nous reviendrons, constituent une étude encore bien imparfaite, mais des plus intéressantes, puisqu'il y a peut-être dans cette voie le véritable moyen de la guérison de la tuberculose.

Ces atténuations n'infirment en rien l'idée de l'unité des lésions ganglionnaires, qui désormais ne semblent plus faire qu'une seule et même maladie à des degrés différents chez des sujets réagissant d'une façon différente.

En même temps que les adénopathies, les synovites fongueuses, les abcès froids ossifluents, le lupus, etc., quittent irrévocablement le domaine de la scrofule

pour devenir tuberculeux de par les bacilles qu'on y rencontre.

La scrofule ne reste plus que comme dénomination d'une certaine constitution physique et d'une aptitude spéciale qu'ont certains individus à se laisser envahir par la tuberculose, qui chez eux reste souvent à l'état de tuberculose locale.