De la scrofule, de ses formes, des affections diverses qui la caractérisent / par Alphonse Milcent.

Contributors

Milcent, Alphonse.
Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library

Publication/Creation

Paris ; Londres : Baillière, 1846.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/hcxcp9x2

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library at Yale University, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library at Yale University. where the originals may be consulted.
This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

YALE
MEDICAL LIBRARY

HISTORICAL
LIBRARY

COLLECTION OF

Alfred P. Klebs

P. VALLELION
LYON

DE

LA SCROFULE.

Primo expedit ut morbi omnes ad definitas ac certas species revocentur... Morborum phœnomena clara ac naturalia, quantumvis minuta, per se accuratissime adnotentur... Dici vix potest quot erroribus causam præbuerint hypotheses *istæ physiologicæ*.

(Sydenham, Préface, p. 78.)

Certe symptomata morbi unita definiunt morbum... ut morbus determinetur, requiritur syndrome symptomatum hujus morbi, non vero unum aut alterum tantum.

(Van Swieten, *Comm.*, t. 5, p. 580.)

Ejus morbi et specierum utcumque valde frequentium nulla datur hactenus fidelis et accurata historia.

(Sauvages, *Nos. meth.*, t. 5, p. 543; *de Scrophula*.)

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

DE

LA SCROFULE,

DE SES FORMES,
DES AFFECTIONS DIVERSES QUI LA CARACTÉRISENT,
DE SES CAUSES, DE SA NATURE,
ET DE SON TRAITEMENT;

PAR

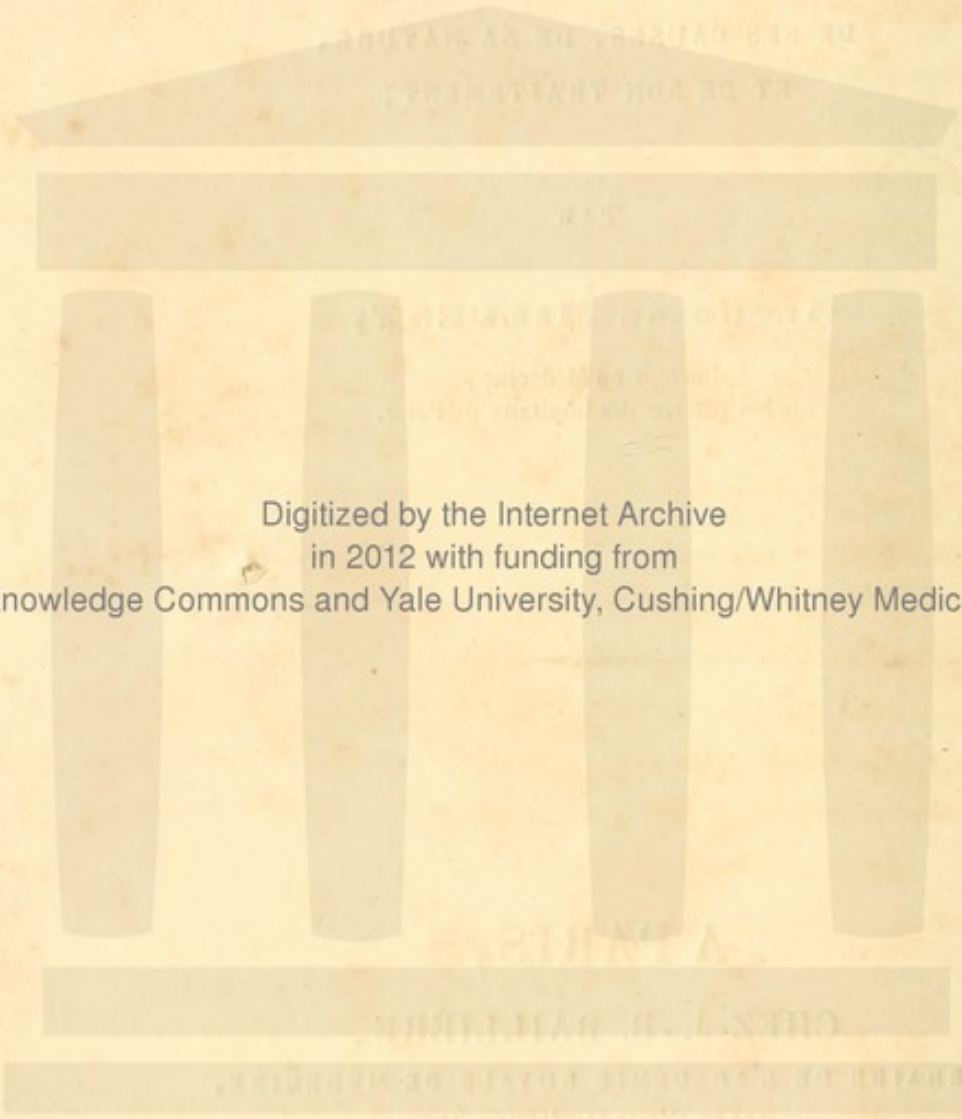
ALPHONSE MILCENT,

Docteur en Médecine,
ancien Interne des hôpitaux de Paris.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE-MÉDECINE, 17.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1846



Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Yale University, Cushing/Whitney Medical Library

http://www.archive.org/details/delascrofuledese00milc

INTRODUCTION.

HISTORIQUE. — ÉTAT DE LA QUESTION.

Incomplétement connue dans l'antiquité, indiquée plutôt que décrite dans les livres d'Hippocrate et des médecins grecs et latins (1), la scrofule fut pendant fort longtemps réduite à une bien petite partie de ses symptômes. Son histoire, en effet, se bornait à celle des tumeurs ganglionnaires, des écrouelles proprement dites, qui en sont bien, il est vrai, le signe le plus constant et le plus caractéristique, mais qui ne forment qu'une seule des nombreuses affections symptomatiques dont l'ensemble la constitue.

Les dénominations de strumes, de scrofules, d'é-

(1) Voyez le peu de détails qu'on trouve dans les ouvrages les plus anciens : Hippocrate, *de Glandul.*, *Aphor.*, et passim. — Galien, *Comment.*, *Method. medic.* — Paul d'Égine, liv. 4, chap. 35.—Aetius, tetrabibl. 4, sér. 3.—Celse, liv. 5.— Scribonius, Marcellus, etc.

crouelles, s'appliquaient exclusivement à ce qu'on appelait les *engorgements glanduleux :* les descriptions n'allaient pas plus loin ; c'était là toute la maladie (1).

Cette manière étroite de considérer la scrofule se retrouve dans tous les traités de médecine qui en font mention jusque vers la fin du 17e siècle (2).

On sentit enfin la nécessité d'étendre le domaine de cette maladie. On dut y rattacher un grand nombre de lésions, de symptômes, d'affections, qui, se rencontrant chez des sujets attaqués d'écrouelles, soit simultanément, soit à des périodes successives, paraissent avoir une certaine communauté d'origine et comme une même nature.

Parmi les nombreux auteurs qui, dans le cours du siècle dernier, ont parlé de la scrofule ou lui ont consacré des traités spéciaux, il en est bien peu qui n'aient obéi à cette tendance.

Sauvages (3), un des premiers, s'exprime nettement à cet égard. « Les tubercules qui viennent au cou, dit-il, sont la moindre partie de la maladie à

---

(1) Voyez les Arabes et leurs successeurs.

Voyez les traités de chirurgie de Guy de Chauliac, d'Ambroise Paré. Andr. Laurent, *de Mira strumar. curat.*

(2) Ce n'est guère qu'au commencement du 18e siècle que l'on voit paraître des traités spéciaux sur cette maladie : Bergen, *Dissert. de scrofula,* 1700 ; Dubois, *Nouveau traité des scrofules,* 1726.

(3) *Nosolog. méthod.,* t. 3.

laquelle on donne le nom d'écrouelles... La scrofule est un concours de divers symptômes, dont le principal est l'existence des tumeurs strumeuses au cou... Mais on n'a pas, ajoute-t-il plus loin, on n'a pas jusqu'ici d'histoire exacte de cette maladie. »

Bordeu (1), presque à la même époque, émettait une opinion semblable : « Ceux, dit-il, qui ont regardé les écrouelles comme une maladie particuculière du cou ont pris un seul symptôme pour toute la maladie. »

On retrouve encore, mais exprimée moins nettement, cette manière de voir dans les traités qui parurent en même temps que celui de Bordeu, pour répondre à la question posée par l'Académie royale de chirurgie, en 1751 (2).

Quoi qu'il en soit, malgré ces tentatives, l'histoire de la scrofule se bornait encore presque exclusivement à celle des *engorgements strumeux;* mais trente ans plus tard, la Société royale de médecine ayant appelé de nouveau l'attention sur cette maladie, et d'une manière plus large que ne l'avait fait l'Académie de chirurgie, on eut enfin des descriptions plus étendues et plus complètes, bien qu'encore insuffisantes (3).

---

(1) *Dissertation sur les écrouelles.*

(2) Mémoires de Faure, Bordeu, Charmetton, Goursaud, Majault, etc., 3e vol des *Prix de l'Acad. de chirurgie.*

(3) Voyez les mémoires de Baumes (imprimés à part ou dans Œuvr. compl.) et de Pujol sur le vice scrofuleux;

Ainsi donc on en était arrivé à posséder une histoire de la scrofule. On avait acquis sur cette maladie des notions autrement vastes que celles des anciens; mais est-ce à dire pour cela que l'unité morbide de la scrofule fût définitivement et scientifiquement établie?

Il s'en faut de beaucoup. On s'accordait généralement pour rassembler, pour grouper ensemble un certain nombre d'affections dites scrofuleuses, on avait bien le sentiment vague d'un rapport naturel unissant ces affections diverses; mais leur réunion confuse et incertaine, loin de former un tout, un ensemble parfait, constituait plutôt une classe de maladies analogues, qu'une seule et unique espèce morbide.

On se contentait d'une certaine communauté de nature tenant à une cause prochaine, à un principe occulte appelé virus scrofuleux, à une altération de la lymphe, comme le pensaient les Grecs, et comme on le crut si longtemps, à une fermentation des humeurs, à la présence, dans le sang, d'un âcre, d'un acide, etc.

Ce n'est pas ici le lieu de faire l'examen de toutes

---

voy. aussi le traité de Kortum, *Commentar. de vitio scrophuloso.*

Cette importante monographie, dont nous recommandons vivement la lecture, et qui nous a été très-utile dans le cours de ce travail, est peut-être, même encore aujourd'hui, ce qu'il y a de plus complet sur la scrofule.

les hypothèses inutiles et fausses qui formaient le lien unique et la théorie des affections scrofuleuses; nous y reviendrons plus loin; qu'il nous suffise de faire remarquer que ce groupe d'affections n'avait d'autre unité que celle d'une prétendue cause identique, consistant dans une altération des liquides, et en particulier de la lymphe. Nous retrouvons cette idée, misérable héritage de l'humorisme grec, dans les auteurs qui ont le plus fait pour cette maladie et qui se sont le plus approchés de la vérité.

Sauvages lui-même, qui avait si bien compris l'unité de la scrofule, qui avait fait la distinction de la maladie et de ses symptômes, rapporte les diverses lésions scrofuleuses à *un certain vice de la lymphe qui arrose les glandes conglobées et qui vient de naissance.*

C'était encore là, longtemps après lui (1), l'opinion générale, qui pouvait se résumer ainsi : altération de la lymphe, d'où lésion primitive des glandes conglobées ou ganglions lymphatiques, d'où lésions secondaires de différents organes. Nous

---

(1) Les meilleures descriptions des auteurs que nous avons cités plus haut sont altérées et souvent défigurées par les mêmes hypothèses sur la cause prochaine de la scrofule. On les retrouve encore dans Cullen (*Élém. de méd. prat.*, trad. de Bosquillon, t. 2, p. 602). — Dans le traité de Hufeland sur la scrofule, lequel n'est pas un des moins remarquables, la description n'occupe qu'un rang secondaire.

trouvons cette opinion formulée très clairement dans les termes mêmes de la question posée par la Société de médecine : « Du vice scrofuleux... et des maladies secondaires dont il peut être la cause » (1).

On le voit donc : ce que nous appelons la scrofule n'était, à proprement parler, qu'une classe, qu'un groupe de maladies, dont une primitive (les écrouelles), les autres secondaires, n'ayant d'autre lien qu'une cause unique dont la nature était un sujet de discussion, mais qu'on s'accordait à désigner sous le nom de *vice scrofuleux*.

Il ne faudrait pas croire que les solidistes changèrent quelque chose à l'état de la question (2). Que firent-ils en effet? Ils se contentèrent d'assigner un siége différent à ce principe commun des affections strumeuses. Pour eux, le vice scrofuleux ne fut plus une altération des liquides, mais une *faiblesse radicale*, un *état d'atonie des vaisseaux et des ganglions lymphatiques*, ou bien encore un *défaut d'harmonie entre le relâchement de ces vaisseaux et l'activité des bouches absorbantes*, etc. Ce n'était là, comme on le voit, que des hypothèses rempla-

---

(1) « Determinetur quænam circumstantiæ maxime faveant « evolutioni vitii scrophulosi, et disquiratur quænam reme- « dia diætetica sint, sive pharmaceutica, apta existant, ad « illius progressum retardandum, vehementiam infringen- « dam, atque morbos secundarios, cujus vitium illud causa « esse potest, præcavendos. »

(2) Voy. Sœmmering, Cabanis, Pinel, Richerand, etc.

çant d'autres hypothèses pour expliquer l'identité de nature des affections scrofuleuses.

On en était venu à se préoccuper exclusivement des explications et à négliger de plus en plus la description de la maladie.

Aussi, quand vint Broussais, ne pouvant se contenter de ce groupe d'affections, de maladies, comme on disait indistinctement, dont l'unité artificielle n'avait pour base que l'hypothèse du vice scrofuleux, il s'attaqua à cette faible base (1). Reprenant d'une part, contre les humoristes, la lutte que longtemps avant lui Van Helmont avait si vivement engagée et si bien soutenue, il n'eut pas de peine à démontrer que ce virus scrofuleux, ces altérations des liquides, ces altérations de la lymphe, étaient de pures imaginations; qu'on n'en avait jamais pu constater l'existence; qu'en un mot tout cela n'existait pas. D'un autre côté il ne lui fut pas plus difficile de prouver que cet état de débilité du système lymphatique n'était qu'une autre explication sans fondement et sans valeur.

Jusque-là Broussais avait parfaitement raison; mais autant ses prémisses étaient justes et légitimes, autant sa conclusion fut fausse. De ce que l'unité de la scrofule avait été jusqu'alors mal établie et ne reposait que sur des hypothèses purement gratuites, pouvait-il, comme il le fit, conclure que cette unité

---

(1) *Examen des doctrines,* Pinel et passim.

n'existait pas? Etait-il en droit de nier l'existence de la scrofule et la nature spéciale des affections scrofuleuses? Devait-il, après avoir signalé avec une haute raison et un souverain mépris les contradictions et l'embarras de Pinel, qui venait de mettre définitivement les scrofules au rang des lésions organiques, devait-il tomber dans la même erreur et ne plus voir dans cette maladie qu'une série d'altérations locales? Devait-il, après avoir combattu les explications, expliquer lui-même ces altérations par l'irritation et l'inflammation des tissus blancs? Devait-il enfin, après leur avoir refusé une nature particulière, une existence spéciale et distincte, les rattacher à une prédisposition due à la prédominance du système lymphatique?

Quoi qu'il en soit de ces inconséquences, Broussais avait nié la scrofule (1) comme unité morbide, comme maladie essentielle, distincte et indépendante de toute autre. Après lui le doute s'empara des esprits, et nous sommes encore aujourd'hui, sur cette question, dans une incertitude qu'il importe de dissiper. Les uns ont adopté les conclusions de

---

(1) Plutôt encore en haine des explications que par une conviction bien arrêtée. Il suffit de lire les différents passages où il traite cette question pour voir qu'il y a beaucoup de vague dans son esprit, et que s'il nie la scrofule, c'est faute de la bien comprendre.

Ce que nous venons de dire de Broussais s'applique parfaitement à ceux qui depuis ont accepté ses conclusions.

Broussais et nient purement et simplement l'existence de la scrofule, qui n'est, à leurs yeux comme aux siens, qu'un groupe artificiel de symptômes; les autres, et parmi eux nous devons citer avec honneur MM. Baudelocque (1) et Lugol (2), persistent, suivant le sentiment traditionnel, à considérer la scrofule comme une maladie à part, comme une maladie distincte, essentielle. Mais, acceptant avec le sentiment traditionnel de la vérité la tradition de l'erreur si justement combattue par Broussais, ils emploient toutes les ressources d'un esprit distingué à la recherche d'une cause unique qui puisse leur donner le secret de cette unité des affections scrofuleuses dont ils ont la conscience, mais dont ils n'ont pas la raison. Ils ont presque tous renoncé aux explications de l'humorisme, mais ils n'en rêvent pas moins une cause prochaine et unique. C'est tantôt une *altération profonde de la nutrition*, tantôt la *respiration d'un air vicié*, tantôt une *complexion originaire due à l'hérédité*. Ils se combattent les uns les autres avec d'excellentes raisons, et ils ne voient pas qu'ils prennent tous une

---

(1) *Études sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse.*

(2) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses.*

Il ne serait pas juste de ne pas rappeler ici le traité complet de M. Lepelletier (de la Sarthe) et les articles de dictionnaire de M. Guersant.

condition de développement pour la cause et pour le principe commun des affections scrofuleuses (1).

Ainsi, jusqu'à présent, l'existence de la scrofule comme maladie (2), son essentialité, l'unité des affections scrofuleuses, n'ont jamais reposé et ne reposent encore aujourd'hui que sur des hypothèses physiologiques ; or, comme ces hypothèses ne peuvent se démontrer, qu'elles sont très-souvent en contradiction avec les faits, qu'elles ne sauraient en rendre raison, et que, par conséquent, elles sont faciles à renverser, on doit comprendre comment l'unité morbide de la scrofule, son essentialité, ont pu être mises en doute et sont encore niées de nos jours.

Il est donc temps de sortir de la fausse voie des explications. Il ne s'agit pas d'expliquer la scrofule, mais de savoir si elle existe ; si c'est non pas un être, mais un état pathologique distinct; une manière particulière d'être malade, une maladie essentielle, en un mot. Il faut l'étudier, non pas physiologiquement, mais médicalement.

Il faut, sous le *rapport nosologique* : 1° établir

---

(1) Il est encore aujourd'hui une autre manière de considérer la scrofule, c'est de n'y plus voir qu'une manifestation de ce qu'on appelle *la tuberculisation générale.* Voyez plus loin au chap. du *Diagnostic différ.* et à celui de la *Nature de la scrofule.*

(2) Bien qu'admise de tout temps, sauf quelques rares exceptions, qui ne sauraient lutter contre l'autorité de la tradition.

que la scrofule est bien une maladie, puisqu'elle a ses symptômes, sa marche, ses lésions; 2° qu'il n'y a qu'une seule maladie scrofuleuse, que toutes les prétendues maladies de ce nom ne sont que des affections symptomatiques (1) survenant simultanément ou à des périodes successives de la scrofule; 3° il faut bien limiter cette grande maladie, et la bien distinguer de toutes celles qu'on veut y faire rentrer, comme le rachitisme, ou avec lesquelles on tend à la confondre, comme la phthisie tuberculeuse; 4° enfin, déterminer la classe de maladies à laquelle elle se rattache le plus naturellement.

Sous le *rapport nosographique*, nous pouvons encore répéter le vœu de Sauvages, rappelé près d'un demi-siècle après lui par Kortum. Il reste encore à faire une description d'ensemble de la scrofule; il reste à indiquer les différentes formes qu'elle revêt, à décrire sa marche à longues périodes, à faire l'histoire des diverses affections scrofuleuses, à établir leurs rapports mutuels de simultanéité, de succession, leurs rapports avec les formes.

Quant à l'*étiologie*, il importe, d'une part, d'en finir avec les explications et les causes prochaines: de l'autre, de réduire à leur juste valeur, c'est-à-dire au rôle de causes occasionnelles, toutes les circonstances qui favorisent le développement de cette maladie; de bien signaler celles qui lui sont propres; enfin, de juger cette opinion qui considère la scrofule

---

(1) Il faut distinguer le *morbus* (maladie) du *locus affectus* (affection).

comme un produit dégénéré d'une autre maladie.

Pour ce qui regarde la *séméiotique*, il s'agit de spécifier quels sont les symptômes propres à la scrofule, quels sont ceux qui sont communs à la scrofule et à d'autres maladies. Il faudrait montrer qu'elle imprime même à ces derniers un cachet particulier qui devient un signe précieux pour remonter du symptôme à la maladie dont il dépend. On éviterait ainsi de confondre des maladies essentiellement distinctes, parce qu'elles ont des symptômes semblables ou plutôt analogues. Il importerait de faire voir qu'il en est de même pour les lésions, et de rechercher s'il est vrai que la scrofule ait une lésion propre, particulière, pathognomonique, le tubercule, par exemple, ou s'il n'est pas plus vrai qu'elle a pour caractères des lésions multiples et diverses.

Enfin, sous le *rapport du traitement*, que de questions à résoudre médicalement! Au lieu de s'attaquer exclusivement à la cause supposée, comme on l'a fait si longtemps, ce qui a conduit à préconiser successivement tant de traitements exclusifs et opposés, tels que les fondants, les délayants, les absorbants, les alcalins, les stimulants, les antiphlogistiques; au lieu de ne voir dans les affections scrofuleuses que des lésions locales, ce qui a produit l'emploi exagéré et nuisible des moyens chirurgicaux; au lieu d'adopter des spécifiques et de tomber dans les inconvénients d'un traitement exclusif et empirique; ne doit-on pas d'abord rechercher s'il existe vraiment un traitement curatif, ou

si nous n'avons encore que des moyens palliatifs?

Cette critique une fois faite, et quelque faibles que soient nos moyens d'action, ne convient-il pas de les diriger contre la maladie et de subordonner ensuite à l'indication principale les indications secondaires tirées des conditions de développement, des formes de la maladie, de la période à laquelle elle est arrivée, des affections symptomatiques qui prédominent?

Tel est le terrain exclusivement médical sur lequel on doit s'efforcer de ramener l'étude de la scrofule. Malgré les richesses que possède la science sur cet important sujet, il existe une grande confusion, et de nombreuses lacunes restent à combler. D'interminables discussions se sont élevées et menacent de se perpétuer, chacun choisissant son point de vue, bâtissant son système et parlant, pour ainsi dire, une langue à part (1).

Pour nous, nous plaçant au point de vue purement médical, nous allons considérer la scrofule comme s'il était vrai de dire que c'est une maladie essentielle. Nous aborderons successivement chaque partie de son histoire, et nous espérons prouver que cette manière de voir est conforme aux faits, qu'elle seule en rend compte, qu'elle seule les

---

(1) Voyez, au chapitre *Nature*, les hypothèses les plus récentes.

coordonne et qu'elle permet, dans l'état actuel de la science, sinon de résoudre, au moins de poser toutes les questions qui se rattachent à ce sujet.

DE

LA SCROFULE.

DÉFINITION. — La scrofule est une maladie caractérisée par divers produits morbides en différents points du corps, particulièrement par des tumeurs dites écrouelles, et par plusieurs autres affections, telles qu'ophthalmies chroniques, dartres, abcès froids, tumeurs blanches, caries, etc.

Étymologie. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étymologie du mot scrofule. Les uns le font dériver du latin : *scrofa* (truie), *quod suibus similes tumores*, ainsi que le dit Kortum; cet auteur en conclut qu'il faut écrire *scrofula*. Les autres prétendent que le mot est d'origine arabe; c'est au moins ce qu'on voit dans le *Lexicon* de Castelli, qui écrit *scrophula*. La première opinion paraît la plus probable, si l'on en juge par le synonyme grec du mot scrofule; seulement l'orthographe primitive a

été altérée par les auteurs qui écrivaient dans un latin barbare.

Synonymie. — Les médecins grecs appelaient les tumeurs scrofuleuses χοίραδες (de χοιρος, porc). On trouve souvent dans Hippocrate et dans Galien : χοίραδες καὶ τα αλλα φυματα. Galien nous apprend que les *tubercula* étaient comme un genre dont les *strumæ* étaient une espèce. On désignait aussi d'autres espèces de tumeurs, souvent confondues avec celles dont nous parlons, sous les dénominations de βουβων, αδεν. Cette dernière répond au mot latin *glandula*.

Les médecins latins, Celse, Scribonius, Marcellus, Pline, donnaient aux engorgements scrofuleux le nom de *strumæ*.

Suivant Mercurialis (*de Morbis puerorum*, p. 128), le mot scrofule ne fut mis en usage que par les barbares. Cette dénomination, dit Kortum, *apud paulo serioris ævi medicos, imprimis latino-barbaros, occurrit*. Suivant M. Baudelocque, ces barbares ne sont autres que les Arabes.

A ces appellations diverses, il faut joindre les noms d'écrouelles, d'humeurs froides, de mal de roi, en français; *king's ewill*, en anglais, *scrofein*, en allemand, etc.

Il est à remarquer que presque toutes ces dénominations, surtout les plus anciennes, s'appliquent aux tumeurs ganglionnaires, à la description desquelles, ainsi que nous l'avons dit, se borna pen-

dant si longtemps l'histoire de la maladie qui nous occupe (1).

Cela est si vrai, que c'est presque une innovation que de se servir de ce mot, la *scrofule*. Plusieurs médecins l'ont employé cependant dans le cours de leurs écrits, mais aucun ne l'a mis en tête de son livre. Les ouvrages les plus récents sont intitulés : *Etudes sur la maladie scrofuleuse*, ou *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*. Sauvages seul s'est servi du mot latin *scrofula*, comme désignant l'ensemble de la maladie; mais c'est là sans doute une autorité suffisante, et il est bien permis de traduire Sauvages.

Il résulte de ce que nous avons dit de la synonymie de la scrofule, qu'il a existé depuis la plus haute antiquité, et dans presque toutes les langues, des dénominations qui s'appliquent à la même maladie. C'est là certes un puissant témoignage en faveur de l'identité et de l'immutabilité de cette maladie qu'on reconnaît facilement, malgré ses noms divers, dans les descriptions incomplètes des anciens, aussi bien que dans les traités les plus complets des modernes.

---

(1) Ce qu'on appelait le *scrofule* n'était autre chose que le *vice scrofuleux*.

CARACTÈRES DE LA PRÉDISPOSITION A LA SCROFULE.

Avant le développement de la scrofule, on observe souvent chez les sujets qui doivent en être atteints un aspect général particulier et comme un ensemble de signes caractéristiques de la prédisposition à cette maladie.

Il importe de ne pas confondre, comme on l'a fait si souvent, les signes de cette prédisposition : 1° avec certains symptômes de la maladie déjà en voie de développement, comme le gonflement du nez et de la lèvre supérieure; 2° avec les caractères du tempérament lymphatique qui appartiennent à un ordre de choses tout différent.

Il est encore une remarque importante à faire, c'est que chacun de ces signes, pris isolément, n'a aucune valeur; car on peut les trouver chacun en particulier chez des sujets qui ne sont nullement prédisposés à la scrofule. Mais leur réunion, leur concours, permet de porter un jugement certain.

La plupart des individus spécialement prédisposés à la scrofule présentent un cachet remarquable de faiblesse, de débilité. Il existe même chez ceux qui paraissent les plus robustes un défaut d'harmonie entre les parties du corps. La tête est relativement trop grosse, les membres sont trop longs ou trop courts par rapport au tronc; les articulations sont volumineuses. La poitrine est étroite,

le thorax souvent déformé, le sternum fait saillie en avant et en haut; la colonne vertébrale est plus ou moins déviée; les extrémités épiphysaires des os sont grosses, le corps des os longs est mince et peu développé; les mains et les pieds sont quelquefois très-grands; le pubis, les ischions, le sacrum, très-développés chez les femmes; le ventre est gros; la saillie des os malaires et de la base du maxillaire inférieur donnent à la face un aspect particulier; le front est bas, les tempes aplaties, les mâchoires larges, le col court. L'accroissement est ordinairement retardé chez les enfants; ils sont petits, chétifs; quelquefois ils grandissent démesurément, mais sans proportion et sans symétrie. La puberté est ordinairement retardée. Chez les jeunes filles, la menstruation commence par un état de dysménorrhée qui peut durer quelques années et même toute la vie. Les enfants paraissent plus vieux, et les adultes plus jeunes qu'ils ne sont. Presque tous sont nonchalants, apathiques, sujets à des lassitudes spontanées (1). Joignez à ces caractères la dilatation habituelle de la pupille, chez les jeunes enfants une abondante salivation, chez quelques individus une voracité contrastant avec la maigreur du corps, chez d'autres un état habituel d'anorexie; chez les uns un développement extraordinaire de l'esprit, chez les autres une intelligence très-

(1) Ces signes sont parfaitement groupés par M. Lugol.

bornée ; chez ceux-ci une précocité et une intensité extrêmes des appétits vénériens, chez ceux-là l'indifférence la plus complète sous ce rapport.

Quelques-uns présentent une pâleur habituelle de la face, les yeux cernés, l'haleine fétide, des dents souvent noires et gâtées.

On s'accorde aujourd'hui généralement à ne plus confondre les attributs du tempérament lymphatique avec les caractères de la prédisposition scrofuleuse. Cependant un certain nombre d'individus, singulièrement prédisposés à cette maladie, présentent un aspect tout différent de celui que nous venons de décrire : ils ont le teint rose et frais, la peau blanche et fine, un certain embonpoint, les yeux humides, une physionomie aimable et gracieuse, et une beauté qui a souvent beaucoup d'éclat.

« La face est pleine et animée, les joues colorées, les yeux grands, bleus, clairs, vifs... L'aspect annonce une complexion lâche et faible, sans maigreur cependant ; le corps paraît plutôt comme plein et gonflé de sucs, la peau est lisse et unie. » (Kortum.)

Ces derniers caractères sont ceux que donnent d'une manière exclusive presque tous les auteurs ; ils s'observent particulièrement chez les enfants, les adolescents, les jeunes femmes.

Ils ne sont très-tranchés que dans un âge peu avancé ; plus tard, ils sont beaucoup plus obscurs et s'effacent presque complétement.

FORMES DE LA SCROFULE.

La scrofule, comme la plupart des maladies, peut se présenter sous différentes formes. Il existe un certain nombre de distinctions traditionnelles qu'il faut apprécier, et parmi lesquelles c'est un devoir de conserver celles qui méritent de l'être. La division la plus ancienne est celle des *scrofules bénignes* et des *scrofules malignes;* mais cette division trop restreinte ne s'appliquait qu'aux tumeurs écrouelleuses, suivant le plus ou moins de gravité, suivant le caractère plus ou moins rebelle de l'affection locale à laquelle on réduisait alors toute la maladie (1). C'était là cependant une distinction im-

---

(1) Aetius et Paul d'Égine divisent les tumeurs scrofuleuses en *mansuetæ* et en *malignæ,* suivant le caractère qu'elles présentent. Les premières sont aussi appelées *legitimæ simplices,* et les secondes *inflammatoriæ* par Avicenne, et même *cancerosæ* par d'autres. André Dulaurens admet des écrouelles bénignes et des écrouelles malignes. Les premières sont indolentes, sans changement de couleur à la peau; les autres s'enflamment, s'ulcèrent, prennent une couleur rouge ou livide.

Charmetton (*Prix de l'Acad. de chir.*) désigne sous le nom d'*écrouelles bénignes* celles qui sont superficielles, égales, médiocrement dures, mobiles, fluctuantes, indolentes et non enflammées, suppurant d'une manière insensible et s'ulcérant facilement; il appelle *malignes* celles qui sont dures, inégales, à base profonde, adhérentes, qui

portante sur laquelle on peut établir deux formes très-réelles, à la condition de lui donner plus d'extension et en l'appliquant aux différences d'ensemble que peut présenter la maladie.

Parmi les formes admises par Sauvages et qu'il désigne improprement sous le nom d'espèces (le nom d'espèce ne convenant qu'à la maladie), les unes doivent être conservées, les autres rejetées. Celles que l'on doit adopter comme très-naturelles sont la scrofule vulgaire ou commune et la *scrofule fugace* ou *passagère*. Quant à la *scrofule mésentérique*, ce n'est pas là une forme, ce n'est qu'une affection, qu'une manifestation, fréquente il est vrai, mais non pas unique, de la forme maligne. La *scrofule d'Amérique* est trop peu nettement caractérisée pour qu'on puisse en avoir une idée précise (1). Les *écrouelles des Moluques* paraissent un symptôme de la syphilis (2). Enfin, la *scrofule farcineuse* n'est autre

---

se multiplient et s'augmentent rapidement, qui envahissent tous les tissus, sont douloureuses et enflammées, et dégénèrent en ulcères sanieux, d'un mauvais aspect, compliqués de fistules et de carie. Bierchen applique des divisions analogues aux variétés d'écrouelles.

(1) «Cette espèce ressemble à celle d'Europe par les tumeurs squirrheuses qui viennent au cou, mais elle en diffère par les excroissances fongueuses, noirâtres, qui sont enracinées dans le péricrâne comme dans le pian.» (Sauvages, *Nos. méthod.*)

(2) «Cette sale maladie a beaucoup d'affinité avec la syphilis.» (*Nos. méthod.*)

que le farcin (1). Cullen considère comme étrangères à la scrofule ces deux prétendues formes.

Mettant donc à profit les distinctions que nous trouvons dans la science, adoptant celles qui méritent de l'être, conservant jusqu'à leur nom, nous admettons trois formes de scrofules (2).

1° La scrofule commune (*scrofula vulgaris*);

2° La scrofule bénigne ou passagère (*scrofula fugax*);

3° La scrofule maligne ou grave (*scrofula maligna*).

Nous allons les décrire successivement.

Peut-être, avant d'entrer dans la description de chaque forme, pourrait-on tracer un tableau de la scrofule en général et des caractères communs à toutes les formes; mais comme la plupart des traits de ce tableau se retrouveraient dans la description de la scrofule commune, il vaut mieux faire tout d'abord l'histoire de cette forme.

Pour ne pas entraver la description d'ensemble des formes de la scrofule, nous indiquerons, sans nous y arrêter, les nombreuses affections qui les ca-

---

(1) C'est une maladie chronique, contagieuse et familière aux chevaux, etc. (*Nos. méthod.*)

(2) La scrofule endémique d'Alibert (*Monogr. des dermatoses,* Dermat. scrof.) n'est autre chose que la forme commune dans les pays où la scrofule est endémique. Ce n'est pas là une forme véritable.

ractérisent. Nous reviendrons plus tard et en détail sur chacune de ces affections considérées à part.

La scrofule se manifeste par un grand nombre de symptômes et d'affections diverses; mais n'existe-t-il aucun ordre dans l'apparition de ces symptômes si multiples et si variés, ou plutôt la scrofule n'est-elle pas soumise à une évolution régulière? Considérées trop longtemps comme des maladies, les affections symptomatiques de la scrofule ont été étudiées et décrites en particulier, et bien qu'on se soit beaucoup occupé de leur communauté d'origine, on a presque complétement négligé leurs rapports de simultanéité, de succession, l'ordre dans lequel elles apparaissent, se compliquent, se remplacent; ou du moins s'il existe sur ce point de la science quelques renseignements épars, aucun auteur n'a décrit la scrofule dans son ensemble, ne l'a suivie à travers ses différentes phases et n'a fait l'histoire de la maladie dans les diverses périodes qu'elle parcourt.

N'est-il pas vrai cependant que la scrofule est une maladie chronique, à longues périodes, séparées souvent par des intervalles de temps pendant lesquels le mal semble guéri, tandis qu'il ne fait que sommeiller pour reparaître de nouveau? Mais combien y a-t-il de périodes? quelles sont-elles? quels sont les symptômes et les affections qui se

rattachent à chacune d'elles et qui appartiennent plus proprement au début de la maladie, à la maladie confirmée ou à son déclin? Nous n'avons pas la prétention de combler ces lacunes; mais nous aborderons franchement la difficulté, dussions-nous n'obtenir d'autre résultat que de l'avoir signalée.

FORME COMMUNE.

Le plus communément la scrofule se manifeste déjà dans la première enfance par un certain nombre de petites affections que les auteurs ne décrivent pas comme symptômes primitifs de cette maladie, mais que quelques-uns rattachent au vice scrofuleux : telles sont d'abord ces éruptions de la face et du cuir chevelu si fréquentes chez les enfants. On les a désignées sous les noms variés de *gourmes, galons, croûtes laiteuses, feux de dents, achores, fausses teignes, tinea faciei, impetigo larvalis, impetigo granulata, porrigo, dartre crustacée.* Nous en donnerons plus loin une description spéciale, comme de toutes les autres affections scrofuleuses; il suffit ici de les mentionner. Ces éruptions apparaissent souvent sans cause appréciable, mais assez fréquemment à l'occasion de la première dentition. On les observe plutôt chez les enfants des pauvres, qui ne sont pas dans de bonnes conditions hygiéniques. Il est plus rare de les rencontrer chez les enfants bien soignés, qui ont eu une bonne nourrice et qui respirent un air pur. Mais ce ne sont pas là les seuls

symptômes de la scrofule commençante. Les enfants affectés de cette maladie ont presque toujours une dentition difficile, ils sont souvent malingres, chétifs, mal venant, ils marchent tard, et, comme on dit vulgairement, ils ne sont pas sains. Ils sont souvent affectés de petites ulcérations spontanées, de suintements derrière les oreilles, d'intertrigo rebelles aux soins ordinaires de propreté, de tourniole, d'engelures, qui reviennent tous les hivers, suppurent, s'ulcèrent et ne se cicatrisent que très-difficilement. Ces enfants s'enrhument facilement et ont souvent des maux de gorge et de fréquentes épistaxis. Ils sont souvent pris de diarrhées, de vomissements. Les fonctions digestives se font d'une manière très-irrégulière; un peu de fièvre peut se manifester de temps à autre, ainsi que des douleurs vagues dans les membres. La plupart des auteurs reconnaissent pour cause très-fréquente des affections qui précèdent, particulièrement des éruptions à la peau, le vice scrofuleux, et le vulgaire y attache une idée de dépuration, ce qui prouve qu'on ne les considère généralement pas comme ayant une existence indépendante et distincte, mais bien plutôt comme les signes d'un état morbide plus grave. Il est d'observation commune que ces diverses affections coïncident souvent les unes avec les autres, qu'elles se succèdent, qu'elles disparaissent pour alterner avec d'autres symptômes de la scrofule, tels que des écoulements muqueux du nez, des oreilles, de la vulve, et qu'elles peuvent

céder la place à des affections plus graves et plus caractéristiques, ainsi que nous allons le voir; ce qui explique cette opinion si justement répandue dans le monde, qu'il faut respecter la plupart des petites affections que nous venons d'énumérer, et que leur suppression est dangereuse.

Tels sont les premiers symptômes de la scrofule; telle est ce qu'on pourrait appeler sa première période, période qui peut n'être signalée que par une seule des affections que nous y avons rapportées, période qui peut même manquer chez un certain nombre de sujets, mais qu'on observe presque toujours dans la forme commune. Bientôt, quand la maladie suit son cours régulier, on voit apparaître une série de symptômes plus caractéristiques. Le passage de la première à la seconde période est souvent insensible et sans interruption; dans d'autres cas, elles sont séparées par un certain intervalle de temps pendant lequel le sujet paraît jouir d'un état de santé satisfaisant.

L'un des premiers symptômes de la seconde période, ou souvent un symptôme de transition entre la première et la seconde, c'est une tuméfaction particulière de certaines parties de la face. Le nez est épais, la lèvre supérieure gonflée. Les malades sont très-sujets à ce qu'on appelle les rhumes de cerveau, ou ils sont affectés d'un coryza chronique et d'un écoulement catarrhal quelquefois très-abondant, qui peut s'accompagner d'éruptions pustuleuses et de plaques croûteuses sur la lèvre supé-

rieure : il en résulte à la longue une tuméfaction permanente et une sorte d'hypertrophie du nez et de la lèvre supérieure, dont le sillon médian est si prononcé qu'il offre l'apparence d'une fente. La rougeur de ces parties s'étend aux joues et tranche sur le reste du visage, qui présente une certaine pâleur. Quand les petits malades sont exposés à l'air, surtout à l'air froid, ils ont le visage très-rouge par places et comme enluminé. Tous les auteurs insistent beaucoup sur l'hypertrophie du nez et de la lèvre supérieure, qu'on donne généralement pour le signe le plus caractéristique de la *prédisposition* à la scrofule; mais, comme on le voit, c'est quelque chose de bien plus grave. C'est un symptôme de la *scrofule confirmée*. Stoll, en particulier, y attache une grande importance. Quand ce signe existe, il en conclut que ceux qui le présentent sont, ont été ou seront scrofuleux. Cependant la tuméfaction du nez et de la lèvre, quelque fréquente qu'elle soit, n'existe pas constamment; il est un certain nombre de scrofuleux chez lesquels on ne l'observe jamais.

Il est une autre affection qui marque aussi très-souvent le passage de la première à la seconde période, c'est l'ophthalmie scrofuleuse, si bien caractérisée, ainsi que nous le verrons plus loin, par sa ténacité, ses récidives fréquentes, son siége de prédilection sur le bord des paupières et sur la cornée transparente, où elle détermine des ulcérations, des taies plus ou moins marquées. L'ophthalmie est souvent précédée ou accompagnée de l'œdème des

paupières et d'un léger épiphora. Cet œdème n'est pas continuel dans les premiers temps, il n'est quelquefois appréciable que le matin.

Les affections scrofuleuses, à mesure que la maladie s'avance, deviennent de plus en plus graves au bout d'un temps plus ou moins long, mais quelquefois en même temps que l'ophthalmie et cette tuméfaction du visage, dont nous avons parlé plus haut, surviennent ces engorgements des ganglions lymphatiques du col, qu'on désigne sous le nom d'*écrouelles*. C'est là le caractère le plus constant, dans certains cas, le premier symptôme, et dans quelques circonstances plus rares encore, presque l'unique de la scrofule; c'est là une affection exclusivement propre à cette maladie. Son importance est telle qu'elle a presque toujours absorbé l'attention tout entière des médecins, et que les gens du monde reconnaissent un scrofuleux à ce seul caractère qu'il est affecté d'écrouelles. Le siége de prédilection de ces tumeurs est au cou; mais il s'en manifeste ailleurs, aux aisselles, aux aines et dans beaucoup d'autres points. Elles peuvent rester stationnaires pendant un certain temps, diminuer, puis augmenter de nouveau, s'enflammer, suppurer, s'ulcérer. Ces ulcérations se cicatrisent difficilement, et quand elles se ferment, elles laissent des traces irrégulières d'un aspect désagréable et caractéristique, qui reste pendant toute la vie comme un cachet indélébile, même chez les sujets qui sont radicalement guéris et depuis longues années.

Si cette affection est portée à un très-haut point, s'il existe au cou ou en quelque autre partie une de ces tumeurs énormes, ulcérées, fistuleuses, qu'on observe chez quelques malades, il peut se faire qu'il ne survienne pas d'autre lésion, pendant un temps plus ou moins long.

Le plus souvent on voit apparaître comme des séries successives de tumeurs ganglionnaires; de sorte qu'on en trouve chez le même sujet à différents degrés d'évolution; les unes sont déjà ulcérées que les autres commencent à peine à paraître.

En même temps surviennent d'autres affections. Les scrofuleux sont très-sujets aux abcès. Les suppurations qu'ils présentent se rattachent à plusieurs variétés : tantôt ce sont de petits foyers purulents dans l'épaisseur du derme, qui laissent après leur ouverture des ulcérations rebelles; tantôt ce sont des abcès sous-cutanés qui présentent une marche assez aiguë et qui sont tellement abondants, dans certaines circonstances que nous étudierons plus tard, qu'on a cru y voir une dépuration critique et qu'on les a désignés sous le nom impropre de *diathèse purulente* (1).

Mais presque toujours les abcès symptomatiques de la maladie qui nous occupe se forment sans phénomènes franchement inflammatoires, mais d'une manière lente, insensible, de façon qu'on ne s'aper-

(1) Ce nom ne doit s'appliquer qu'à une maladie tout à fait distincte de la scrofule.

çoit de leur existence que lorsqu'ils sont déjà formés. On les désigne habituellement sous le nom d'*abcès froids*.

A cette période se rattachent encore : 1° ces caries relativement peu graves (1) qui siégent aux mains et aux pieds, et qu'on a désignées sous les noms de *spina ventosa des enfants* (*faux spina ventosa*), pédarthrocace ; 2° quelques nécroses peu étendues et qui se guérissent assez facilement ; 3° le vrai spina ventosa, qui consiste, comme nous le verrons plus loin, dans une altération particulière de la substance médullaire des os.

Ces affections peuvent coexister. Souvent elles se succédent, le développement de l'une arrêtant les progrès de l'autre. En même temps d'autres affections qui paraissaient guéries peuvent reparaître. Celles que nous avons indiquées comme appartenant à la première période se montrent de nouveau avec plus d'intensité. D'autres, qui ont avec elles beaucoup d'analogie, se manifestent. C'est alors qu'on observe des ophthalmies plus graves, des angines chroniques accompagnées d'un gonflement considérable, d'hypertrophie des amygdales, ou présentant un aspect granuleux remarquable, des éruptions cutanées plus rebelles, des eczémas chroniques, certains lichens, etc., ce qu'on appelait

(1) Si on les compare aux autres caries, surtout aux caries tuberculeuses dont nous parlerons à propos de la troisième période.

autrefois dartres et ce qu'on rapportait au vice herpétique ; enfin le lupus, si fréquent et si caractéristique chez les malades dont nous parlons, et les hypertrophies du visage ou d'autres parties du corps désignées sous les noms de *léontiasis*, d'*éléphantiasis scrofuleux*. Quant à l'*impetigo figurata* et quelques autres légères affections du même genre, elles appartiennent plutôt, ainsi que nous le verrons, à la forme bénigne. Avec les symptômes dont nous venons de parler, se montrent assez souvent des leucorrhées continuelles et abondantes chez les femmes, alternant quelquefois avec des maux d'estomac, et le catarrhe utérin qu'il faut bien distinguer de la simple leucorrhée. Nous devons mentionner encore ces grossesses maladives, ces avortements fréquents, ces accouchements laborieux, dont la cause, trop souvent méconnue, n'est autre que la scrofule.

On peut rattacher à une troisième période de cette maladie les lésions plus graves qui nous restent à indiquer : telles sont les caries, avec ou sans tubercules, des vertèbres du sternum, des côtes, du rocher, les tumeurs blanches du genou, de la hanche, du coude, de l'articulation tibio-tarsienne, de l'épaule, etc., les abcès par congestion, les affections tuberculeuses du testicule, de la prostate; ces énormes écrouelles transformées en de véritables masses tuberculeuses, la phthisie pulmonaire scrofuleuse, les tubercules du cerveau, du foie et des autres viscères, les hydropisies qui en sont la con-

séquence, enfin un état cachectique particulier dont il importe de donner les caractères.

Arrivés à ce degré de la maladie, les scrofuleux ont le visage pâle, flétri, décoloré, « leur peau est d'une teinte sale et comme terreuse; elle est en outre molle, flasque, pendante » (Alibert); cependant ils ne sont pas très-amaigris; ils présentent plutôt un aspect particulier de bouffissure et d'œdématie; la face et les extrémités sont enflées, leur corps est couvert d'ulcères, de fistules, de cicatrices; ils tombent dans une apathie profonde; ils ne sont pris de fièvre que très-tard, et ne présentent pas ordinairement de sueurs abondantes et profuses. Leur appétit se conserve quelquefois longtemps; ils perdent peu à peu leurs forces, des épanchements se forment dans les cavités séreuses, une diarrhée colliquative survient, l'œdème des extrémités inférieures augmente; le même phénomène s'observe aux avant-bras et aux mains, des ecchymoses, des suffusions sanguines et des épanchements de la même nature surviennent assez fréquemment, enfin les scrofuleux succombent très-souvent à une inflammation ultime de la plèvre ou du poumon.

La description qui précède n'est sans doute qu'une ébauche imparfaite, mais elle suffit pour donner une idée de la scrofule commune, considérée dans son ensemble. Nous reviendrons en particulier sur chacune des affections que nous n'avons fait qu'énumérer.

Ces affections, comme on le voit, sont généralement de plus en plus graves. Ce sont dès le début des éruptions cutanées, des affections catarrhales et quelques symptômes passagers peu intenses.

Puis surviennent des lésions plus rebelles, plus profondes, les ophthalmies, le coryza chronique, les engorgements écrouelleux, les abcès, quelques affections des os.

Enfin se manifestent des produits morbides beaucoup plus dangereux, comme les caries profondes, les grandes désorganisations du tissu osseux, les affections tuberculeuses des viscères, etc.

Sans doute ces affections multiples ne suivent pas toujours un ordre aussi régulier; la première période peut manquer, et la scrofule peut débuter d'emblée par les symptômes de la seconde et de la troisième. Il est des cas où il semble que l'ordre soit interverti; mais le plus communément, dans la forme que nous décrivons, on trouve une sorte de gradation dans les symptômes qui permet de diviser la maladie, comme nous l'avons fait, en diverses périodes successives.

Ces périodes, qui ne sont marquées pour l'ordinaire, chez le même sujet, que par quelques-unes des nombreuses affections énumérées plus haut, sont souvent séparées par des intervalles de temps plus ou moins longs, quelquefois pendant des années entières, pendant lesquelles la maladie paraît guérie; mais, après un certain temps, elle se manifeste derechef, soit par une nouvelle série de

symptômes, soit par la réapparition des mêmes affections, qui deviennent alors plus graves et plus rebelles.

C'est ainsi que vers l'âge de la puberté, il n'est pas rare de voir se terminer heureusement les affections qui caractérisent la première et même la seconde période de la scrofule. On se flatte d'une guérison définitive; puis, quelque temps après, sous l'influence de l'âge ou de quelques changements dans les habitudes et les conditions hygiéniques, sous l'influence du mariage, de la grossesse et d'un accouchement chez les femmes, on voit apparaître des affections beaucoup plus graves, la phthisie (1) pulmonaire, par exemple.

Si les malades ne succombent pas alors, ils peuvent éprouver une amélioration marquée dans leur état. Un nouvel intervalle de santé apparente peut s'observer; mais vers l'âge critique, de quarante à cinquante ans, un dernier orage éclate : des lésions graves du poumon, du foie, des organes génito-urinaires, des hydropisies, surviennent, et quelquefois aussi des affections mixtes caractérisées par la présence chez le même sujet de tumeurs cancéreuses et de collections tuberculeuses, et par la transformation de ces engorgements écrouelleux qui deviennent le siége de dégénérescences cancéreuses. Mais

(1) Nous n'entendons parler ici que de la phthisie scrofuleuse.

ces derniers produits se rencontrent plutôt dans la forme grave que dans la forme commune.

Cette influence des âges sur la scrofule, et le rapport qui existe entre ses diverses périodes et les périodes de la vie, est indiquée, mais trop vaguement, par un certain nombre d'auteurs (1).

Nous aurons l'occasion, dans un chapitre particulier, de parler de la marche de la scrofule; mais nous devons dire ici que dans la forme commune, la maladie parcourt ses diverses phases avec une lenteur remarquable, et qu'elle imprime à toutes ses lésions, même aux plus graves et sauf quelques exceptions, un cachet de chronicité. Pendant très-longtemps elle semble rester stationnaire et ne pas entraîner une altération bien profonde dans l'économie.

Il ne faut pas croire qu'elle se termine toujours par la mort. Si la puberté n'est souvent qu'un temps d'arrêt, il n'en est pas moins vrai que la maladie se guérit quelquefois définitivement à cette époque. Fréquemment alors elle n'arrive pas à sa dernière période, et l'on ne voit pas survenir les lésions graves qui la caractérisent.

---

(1) « Dans l'enfance, le vice scrofuleux se porte ordinairement sur les glandes lymphatiques extérieures et quelquefois sur le mésentère; dans l'adolescence, les poumons sont le plus souvent affectés; dans l'âge viril et la vieillesse, il produit des hydropisies ou des maladies cutanées très-rebelles. » (Landré-Beauvais, *Séméiotique*, p. 203.)

Voyez plus loin, à propos de la *marche*, l'influence des saisons sur les affections scrofuleuses.

Mais il est rare que les scrofuleux qui ont résisté à la maladie ne présentent pas, dans un âge plus avancé, quelques phénomènes consécutifs qui semblent remplacer ces lésions si dangereuses de la troisième période. Ils sont en général sujets à diverses incommodités, à des dartres invétérées, à des eczémas chroniques, à la fistule lacrymale, à ces ulcères qui siégent sur les jambes et qui sont rebelles à tout traitement.

FORME BÉNIGNE.

Cette forme s'observe assez fréquemment. Sauvages (1) l'avait déjà indiquée sous le nom de *scrofule fugace*. C'est, selon lui, une sorte de scrofule qui attaque les enfants de trois à cinq ans et qui se manifeste par quelques glandes au cou. Ces glandes

---

(1) Cette dénomination a été appliquée avant Sauvages, par Warthon, mais non pas à une forme de scrofules. C'était plutôt à une variété de tumeur glandulaire qui n'a pas de rapport à la maladie qui nous occupe, aux ganglions simplement enflammés.

Les distinctions admises plus anciennement ne correspondaient également qu'aux tumeurs scrofuleuses, *struma*, χοιρας, ou à celles qu'on pouvait confondre avec elles, *glandula*, αδεν, βυβων αδεν, «id est glandula, sicca est conglobatio «carnosa vel carnosus globus. — Χοιρας, seu struma caro «sicca est que ægre dissolvi potest.» (Galen., in *Defin. med.*)

«Alio loco (*Meth. med.*, liv. 13, cap. 5) etiam in collo et «secus aures sæpe glandulæ intumescunt, natis ulceribus

ne sont pas en chapelets, et présentent un degré médiocre de tuméfaction et de dureté. Elles apparaissent le plus souvent à la suite de la répercussion de la teigne, de la diminution d'un écoulement par les oreilles, ou même simplement de l'impression du froid. Ces glandes disparaissent, reviennent, mais ne sont jamais accompagnées d'ophthalmie, de carie des os, etc.

Ce ne sont là que quelques traits d'un tableau qu'il faut chercher à rendre plus exact et plus complet (1).

Il est très-vrai que, le plus souvent, la scrofule bénigne, après s'être déjà manifestée par quelques-unes de ces éruptions de la face et du cuir chevelu que nous avons mentionnées comme marquant le début de la scrofule commune, peut ne se caractériser ensuite que par quelques engorgements écrouelleux qui ne s'ulcèrent point ou qui du moins

---

«circa caput, collum vel aliquam ex vicinis partibus; nomi-«nant autem sic intumescentes glandulas bubones.» (Ici il semble plus particulièrement désigner ces ganglions qui se tuméfient sous l'influence de l'inflammation ou de l'ulcération de quelque partie voisine.) «Quod si scirrhosior earum «partium phlegmone aliquando fuerit struma (χοιρας) di-«citur.»

(1) Ces caractères donnés par Sauvages sont insuffisants; aussi Kortum (t. 1, p. 133) ne voit là que le premier degré de la scrofule et non pas une espèce. (Le mot *espèce* est impropre, nous l'avons déjà dit; il ne convient qu'à la maladie qui est une espèce morbide.)

finissent par se cicatriser définitivement; mais cette forme présente souvent beaucoup d'autres symptômes.

Elle peut se manifester par la plupart des affections que nous avons énumérées à propos de la forme commune, avec ceci de particulier, que ces affections présentent alors un caractère remarquable de bénignité. Elles sont légères, peu nombreuses chez le même malade, cèdent assez facilement au traitement. La maladie a une durée ordinairement beaucoup moins longue; la guérison en est le terme ordinaire, ou si elle se prolonge, les périodes sont plus éloignées. On observe surtout, dans la marche bénigne, les éruptions vésiculo-pustuleuses de la peau, les affections des muqueuses, catarrhes ou inflammations légères, quelques accès, quelques tumeurs écrouelleuses, mais jamais d'affections tuberculeuses, de caries graves, d'abcès par congestion, de tumeurs blanches.

Très-souvent les enfants affectés de scrofule bénigne, après avoir eu quelque éruption impétigineuse, quelque écoulement d'oreille, quelques glandes fugaces, appelées glandes de croissance, une ophthalmie peu intense, le plus souvent bornée à la conjonctive, sans ulcération à la cornée, voient tous les symptômes disparaître à la puberté. La maladie est entièrement guérie. C'est tout au plus si, chez quelques-uns, il reste une cicatrice d'écrouelle ulcérée. L'ophthalmie, quoi qu'en ait dit Sauvages, comme nous l'avons vu plus haut,

n'est pas un symptôme rare de la scrofule bénigne. M. Baudelocque remarque qu'elle se lie à un degré peu intense de la maladie.

D'autres restent sujets toute leur vie à une série de petites affections, qui tantôt récidivent, tantôt se succèdent ou alternent les unes avec les autres.

Ils sont sujets aux coryzas, aux maux de gorge, aux éruptions impétigineuses qui se renouvellent si souvent au printemps, aux orgelets, aux érysipèles. Chez certains malades, cette forme ne se révèle pendant un certain temps que par des maux d'estomac, des digestions difficiles, de la diarrhée alternant avec de la constipation; puis ces symptômes disparaissent pendant quelques mois, quelques années. Ils sont remplacés alors par un écoulement leucorrhéique très-rebelle et très-abondant, quelquefois aussi, mais plus rarement, par un véritable catarrhe utérin. Chez d'autres sujets, on voit survenir une de ces angines chroniques désignées sous les noms d'*angine herpétique*, parce qu'elles alternent souvent avec des affections dartreuses, d'*angine granuleuse*, etc.

Les femmes qui sont affectées de cette forme présentent souvent, vers l'âge critique, des gonflements eczémateux derrière les oreilles, alternant avec de fréquents érysipèles au visage ou en d'autres points du corps.

Quelles que soient, du reste, les affections qu'on observe dans la scrofule bénigne, cette forme n'en présente pas moins, pendant toute sa durée, depuis son début jusqu'à sa terminaison, un cachet de bé-

nignité qui la fera toujours reconnaître et distinguer, pourvu qu'on soit prévenu de son existence.

FORME MALIGNE OU GRAVE.

Il est question de *scrofules malignes,* comme nous l'avons dit plus haut (1), dans la plupart des auteurs, mais cette dénomination ne s'applique qu'à une certaine variété d'écrouelles, et non pas à une forme de la maladie.

Il est nécessaire de donner plus d'extension à cette division. La scrofule revêt souvent une gravité toute particulière depuis son début jusqu'à sa terminaison. Tous les symptômes qu'elle présente alors sont d'une remarquable malignité. Sa marche est plus rapide, ses périodes sont moins distinctes, plus rapprochées, souvent confondues; plusieurs affections s'observent en même temps; les plus graves apparaissent dès le commencement de la maladie, ce qu'on n'observe pas dans la forme commune. C'est là la scrofule maligne (2).

Toutes les affections qu'on observe dans la forme commune peuvent se rencontrer dans la forme maligne, mais avec un caractère de gravité bien autrement frappant. De plus, les affections tuberculeuses

---

(1) Voy. le chapitre des *Formes de la scrofule.*

(2) On en peut voir de fréquents exemples à l'hôpital des Enfants, où l'on ne reçoit généralement, faute de place, que les plus malades entre les petits scrofuleux.

y dominent : ce sont surtout les affections tuberculeuses des viscères, la phthisie pulmonaire, le carreau, les caries tuberculeuses des os, les tubercules dans la substance du cerveau.

Quelquefois la scrofule maligne présente une marche aiguë et comme foudroyante. C'est alors qu'on voit succomber les sujets qui en sont affectés, à la méningite, à la péritonite tuberculeuse, à la phthisie aiguë; c'est alors qu'on voit survenir ces ophthalmies violentes qui entraînent très-rapidement la perte de l'œil.

Il existe, et le fait a dû frapper un grand nombre d'observateurs, des sujets chez lesquels on trouve après leur mort deux lésions qu'on ne rencontre pas habituellement réunies chez le même sujet, le cancer et le tubercule. Si on examine avec soin les symptômes que les malades ont présentés pendant leur vie, et la marche des affections auxquelles ils ont succombé, on reste convaincu qu'on avait affaire à des scrofuleux, et à des scrofuleux affectés le plus souvent de la forme maligne.

C'est un fait qu'on semble avoir perdu de vue, ou du moins qu'on néglige de faire rentrer dans le domaine de la scrofule, depuis qu'on confond les maladies avec les lésions. Mais cette observation n'avait pas échappé aux médecins qui, dans le siècle dernier, se sont occupés de la scrofule et même pas à ceux de l'antiquité. Celse admet des *scrofulæ cancroïdes ;* Bierchen reconnaît un *carcinoma scrufulosum.* En parlant des écrouelles malignes, Kortum

demande si on ne doit pas en rapprocher ces tumeurs cancéreuses qui à l'âge du retour affectent si souvent les femmes qui ont présenté des signes de scrofule dans leur jeunesse.

Il n'est pas très-rare d'observer, en particulier, des tumeurs du testicule qui sont formées d'un mélange de matière tuberculeuse et d'encéphaloïde.

Il était nécessaire d'insister un peu sur la réunion de ces deux produits morbides dans la scrofule maligne, car elle est assez fréquente, quoique trop souvent méconnue. Il est plus rare que des tumeurs cancéreuses sans tubercules se rencontrent chez des scrofuleux. Mais, quoi qu'il en soit, faut-il croire que dans ces cas il n'y a qu'une simple complication? ou plutôt le cancer n'est-il pas, comme le tubercule, une de ces lésions communes à quelques maladies différentes, et ne porte-t-il pas toujours l'empreinte de la maladie dont il est symptomatique? En effet, les tumeurs cancéreuses de la scrofule diffèrent de celles du cancer essentiel. Elles ont une évolution bien plus lente, et repullulent moins facilement quand on les a enlevées.

Cependant, il y aurait témérité à se prononcer définitivement sur ce point, qui a besoin d'être éclairci par de nouvelles recherches. On doit rapporter encore à la forme grave ces prétendues complications du scorbut avec la scrofule, ces cas dans lesquels toute l'économie paraît profondément altérée, où il survient des hémorrhagies, des épanchements sanguins, de larges ecchymoses, où les malades sont dans un état d'affaiblissement profond.

FORME FIXE PRIMITIVE.

La scrofule ne se manifeste dans certains cas que par l'existence d'une seule affection; on n'observe pas alors cette série de symptômes qui appartiennent aux autres formes et qui varient suivant les périodes de la maladie. Le mal semble localisé sur un point, sur un organe. Tout se borne à une lésion isolée qui persiste depuis le début jusqu'à la terminaison de la maladie qu'elle paraît constituer tout entière, et s'il survient quelques phénomènes étrangers à l'affection locale, cette dernière est tellement prédominante qu'elle fait négliger tout le reste.

Cette forme, que nous appellerons fixe primitive, est plus rare que les précédentes; cependant on en observe des exemples incontestables. Il est des scrofuleux qui n'ont et n'ont jamais eu qu'une tumeur blanche; d'autres qu'un abcès par congestion, qu'une carie des vertèbres, qu'une carie isolée d'un os quelconque; d'autres ne présentent toute leur vie qu'un lupus dont les ravages, souvent très-considérables, ne produisent pas d'altération bien notable dans l'état général de l'économie.

Un certain nombre d'enfants sont pris tout à coup de méningite tuberculeuse, et succombent sans avoir auparavant présenté d'autres symptômes de scrofules.

La scrofule fixe primitive peut aussi se caractériser par une phthisie pulmonaire : c'est dans ces cas

qu'il peut être difficile de savoir si l'on a affaire à un scrofuleux ou à un phthisique.

Nous discuterons plus loin (voir au *Diagnostic différentiel*) l'importante question de la distinction de la phthisie et de la scrofule. Qu'il nous soit, dès à présent, permis de dire que, dans l'état actuel de la science, on n'est pas en droit de nier l'essentialité de la phthisie et son existence indépendante.

Du reste, s'il était prouvé que cette maladie n'est qu'une manifestation de la scrofule, on ne pourrait la faire rentrer que dans la forme fixe primitive; mais encore une fois, cette manière de voir ne repose pas sur une démonstration suffisante.

Enfin, une variété très-fréquente de cette forme, c'est le carreau; on en a fait à tort une espèce (c'est-à-dire une forme), sous les noms de scrofule mésentérique, atrophie des enfants, hectisie rachialgique de Tulpius, hectisie ou tabes de Sydenham, charbre, etc.

Du reste, quelle que soit la variété de la scrofule fixe primitive, et sauf les modifications particulières à l'affection, à l'organe lésé, on observe presque toujours les symptômes généraux de la scrofule, sa marche chronique à longues périodes; on est frappé des caractères particuliers de la cachexie scrofuleuse, et généralement dans les derniers temps surviennent diverses autres lésions, accompagnées ou non de symptômes pendant la vie, mais que domine toujours l'affection primitive.

La scrofule fixe primitive est souvent tardive, c'est-

à-dire qu'elle ne se développe pas dans l'enfance, mais dans un âge plus avancé. Elle se manifeste alors par l'une des affections qui correspondent à cet âge; car, ainsi que nous l'avons vu, il y a des rapports remarquables entre les diverses périodes de la vie et les différentes phases de la scrofule.

AFFECTIONS SYMPTOMATIQUES DE LA SCROFULE.

Après avoir donné une idée des différentes formes que peut revêtir la scrofule; après avoir indiqué les diverses affections symptomatiques par lesquelles elle se manifeste; après avoir montré que les affections multiples ne se compliquent et ne se succèdent pas absolument sans ordre, mais qu'elles suivent le plus souvent une évolution assez régulière et qu'elles se rattachent à différentes périodes, il convient de les étudier en particulier.

Nous allons les passer en revue, non plus dans l'ordre de leur apparition, mais dans l'ordre de leur fréquence et aussi de leurs analogies.

Des écrouelles.

Les écrouelles sont une affection caractérisée par la tuméfaction et souvent par la transformation tuberculeuse des ganglions lymphatiques.

On a donné d'autres noms à cette affection : ceux de strumes, de glandes engorgées, de tumeurs scrofuleuses, de ganglites, d'adénites strumeuses, etc.

Ces engorgements ont leur siége le plus habituel au cou, près des oreilles, sous le menton et dans toute la région cervicale antérieure. Après le cou, ils affectent de préférence les aisselles et les aines (1).

---

(1) Le bubon scrofuleux est une écrouelle de l'aine; on le confond trop souvent avec le bubon syphilitique. (Voy. au *Diagn. différ.*)

puis les mamelles (1), le creux poplité et tous les points où existe le plus de ganglions lymphatiques. Du reste, il n'est peut-être point de partie sur laquelle ils ne puissent se développer. On a vu des sujets qui présentaient des écrouelles sur toute la surface du corps (2).

A leur début ces tumeurs sont de la grosseur d'un pois, d'une aveline, d'une noix, rarement plus grosses.

Il est rare qu'elles se présentent isolées; elles sont ordinairement groupées en plus ou moins grand nombre. Au cou, elles sont souvent disposées en chapelets qui s'étendent d'une région mastoïdienne à l'autre, comme une sorte de collier; elles sont superficielles ou profondes (3).

---

(1) Hippocrate (liv. *de Glandulis*), Galien (*Meth. med.*, liv. 13, ch. 5), ont noté ce fait.

Celse (liv. 5, ch. 28, § 7), « de strumis tractans, ait : Maxime « nascuntur in cervice, sed etiam in alis, in inguinibus et in « lateribus; in mammis quoque feminarum se reperisse chi- « rurgicus Meges auctor est. »

Aetius, Paul d'Égine, etc., ont fait la même remarque.

On voit que les anciens connaissaient les principaux siéges des tumeurs scrofuleuses.

(2) Biercher, p. 8. Tœttelman (*Dissertat. de scrof.*), p. 3, n° 1, etc. etc.

Bordeu a vu les écrouelles se propager assez régulièrement à tout un côté du corps.

(3) On les a divisées, dans les auteurs, en bénignes et malignes, suivant qu'elles sont mobiles, indolentes, d'une sur-

Ce n'est guère que quand elles se sont réunies et confondues plusieurs en une seule qu'elles prennent un volume plus considérable que celle d'un œuf. C'est alors seulement qu'elles peuvent présenter la grosseur du poing. Certains auteurs rapportent en avoir observé dont le poids était de 10, 20, 30, 40 et même 60 livres. Il est plus que douteux que de pareilles tumeurs fussent scrofuleuses (1).

Les écrouelles sont dans les premiers temps mobiles, molles, indolentes, sans changement de couleur à la peau. Elles peuvent rester à l'état stationnaire pendant des mois et même des années. Le plus souvent elles prennent plus de consistance et de volume, durcissent, et de mobiles qu'elles étaient, contractent des adhérences avec les parties voisines.

On les voit assez souvent diminuer de volume, puis augmenter de nouveau, et présenter ainsi plusieurs alternatives d'accroissement et de diminu-

---

face unie, sans changement de couleur à la peau, non enflammées, ou suivant qu'elles sont adhérentes, douloureuses, inégales au toucher, enflammées, tendant à l'ulcération; mais, comme nous l'avons vu, cette division ne correspond qu'à des périodes successives de l'affection, tout au plus à des variétés qui se confondent trop souvent.

Nous pensons que, tout en tenant compte de cette division traditionnelle, on doit lui donner plus d'extension, et l'appliquer, comme nous l'avons fait, aux formes de la maladie.

(1) On a confondu trop souvent les goitres avec les tumeurs écrouelleuses.

Dans certains cas, elles diminuent de plus en plus, puis disparaissent et se résorbent complétement. On remarque alors que les tumeurs, surtout si elles ont un certain volume, suivent dans leur résolution une marche inverse de celle qu'elles ont suivie dans leur accroissement, c'est-à-dire qu'elles se dissolvent, se désagrégent, avant que les différents noyaux qu'elles constituent disparaissent complétement

Quand, au contraire, elles vont toujours en augmentant, leur surface devient inégale, bosselée. Ces bosselures et ces inégalités viennent de ce que souvent elles sont formées de noyaux d'abord distincts, puis juxtaposés, superposés, agglomérés. Dures dans un point, elles présentent de la mollesse dans un autre. On sent à travers les téguments que certaines parties de la masse sont en voie de ramollissement ou même complétement ramollies, tandis que d'autres présentent toujours la même consistance. Ordinairement il survient à cette période quelques symptômes d'inflammation.

La peau qui recouvre la tumeur se colore et prend une teinte semblable à la rougeur obscure et quelquefois livide de certains érysipèles. Elle devient adhérente aux ganglions engorgés, tandis que jusque-là elle glissait librement sur eux. A la tuméfaction dure des ganglions se joint un empâtement diffus du tissu cellulaire. Ces symptômes surviennent sans cause appréciable, ou à la suite de quelque écart de régime, de l'impression du froid ou d'une circonstance analogue.

La tumeur devient chaude, douloureuse; quelquefois plusieurs ganglions s'enflamment et se ramollissent isolément; d'autres fois plusieurs ganglions se groupent sous un foyer commun de suppuration. La peau s'ulcère souvent en plusieurs points, et donne issue d'abord à une certaine quantité de pus, puis à de la matière tuberculeuse ramollie et plus ou moins mélangée de ce liquide. Cette dernière peut se présenter sous deux états : ou bien sous forme d'un liquide blanc-jaunâtre, épais, semblable à de la crème, ou bien sous la forme d'un liquide séreux caillebotté, mélangé de granulations caséiformes.

Dans quelques cas il peut y avoir simple suppuration et non transformation tuberculeuse des ganglions ; mais, même dans ces cas, le pus qui s'écoule d'abord fait bientôt place à une sérosité rougeâtre peu abondante, mais dont le suintement est continuel.

Arrivées à ce point, les écrouelles persistent plus ou moins longtemps dans le même état. Quelquefois la plaie se cicatrise avant la fonte complète de l'engorgement. Un nouveau travail inflammatoire ne tarde pas alors à se faire, et il survient une nouvelle collection de liquide qui s'ouvre et qui est suivie des mêmes phénomènes que la première.

L'écrouelle ulcérée persiste alors plus ou moins longtemps ; elle présente des caractères tranchés. Il existe une ulcération ordinairement fistuleuse, d'un rouge livide, reposant sur une base souvent dure, engorgée ; les bords de cette ulcération sont formés

par des lambeaux de peau mince, livide, décollée.

Si l'ulcération se cicatrise, même d'une manière définitive, la cicatrice laisse des traces indélébiles qui, sous le nom vulgaire de *coutures*, persistent toute la vie et font reconnaître, après la guérison complète de la scrofule, son existence antécédente. Les caractères de ces cicatrices seront décrits plus loin à propos des ulcérations scrofuleuses qui succèdent non-seulement aux écrouelles, mais encore à d'autres altérations.

Les écrouelles se terminent donc le plus souvent par ulcération. Dans quelques circonstances, ainsi que nous l'avons dit, elles se résolvent sans s'être ulcérées. Enfin, dans quelques cas beaucoup plus rares, elles se durcissent et restent dans un état permanent d'induration.

Lésions. — Si l'on suit l'évolution des altérations propres aux écrouelles, on ne peut constater dans les commencements qu'une augmentation de volume des ganglions affectés. Leur tissu paraît plus dense et plus dur que dans l'état normal. A une époque plus avancée, le tissu des ganglions devient encore plus dur, plus résistant. Quand on le coupe, il crie sous le scalpel. Si alors on l'examine avec soin, on s'apercevra qu'il n'a plus son aspect ordinaire : il n'est déjà plus, au moins dans certains points, granulé et mamelonné comme celui des ganglions sains; il présente une coupe unie, homogène, d'une teinte grisâtre, caractères propres au

premier degré de la transformation tuberculeuse diffuse, autrement et plus communément désignée sous le nom d'infiltration tuberculeuse. La transformation du ganglion peut être partielle ou totale. Quand elle est partielle, les points affectés tranchent par leur coloration et leur aspect sur le reste du ganglion, qui souvent conserve les caractères normaux, et qui dans d'autres cas n'est que rouge et induré. Plus tard, l'infiltration grise partielle ou totale passe à l'état d'infiltration jaune ; en d'autres termes, la transformation devient plus complète. Les points non encore envahis le sont, et ceux qui l'étaient déjà perdent toute trace d'organisation.

Souvent ce n'est pas d'une manière diffuse que s'opère la transformation tuberculeuse, mais bien par points isolés, de granulations, de petites collections qui s'enkystent, s'agrandissent, se confondent quelquefois et peuvent détruire tout le ganglion ou seulement une portion de sa substance, mais n'en passent pas moins par tous les degrés ordinaires du tubercule, depuis la coloration grise demi-transparente, à laquelle succède l'état de tubercule blanc-jaunâtre, de tubercule cru (1), jusqu'au ramollissement complet.

On peut trouver dans un même ganglion des points infiltrés et d'autres points qui sont le siége

---

(1) C'est alors que les ganglions affectés présentent, par leur coupe, l'aspect de grosses châtaignes.

de petites collections tuberculeuses ; mais à une période plus avancée, tout cela se confond.

En effet, de quelque façon que se soit faite la transformation tuberculeuse, il arrive un moment où s'opère le ramollissement et où l'on ne trouve plus qu'une masse demi-solide, demi-liquide, de consistance crémeuse, et plus tard qu'un liquide séreux, caillebotté. Dans certains cas, il se forme, au voisinage, de petits foyers purulents dont le produit se mêle avec la substance tuberculeuse ramollie et l'altère.

Dans les grosses écrouelles composées de plusieurs ganglions engorgés, réunis et confondus, on voit souvent les points tuberculeux se réunir, se confondre également, et ne plus former bientôt qu'une grosse masse tuberculeuse. Cette masse a souvent déterminé une large ulcération à la peau avant d'être suffisamment ramollie ; elle reste ainsi pendant quelque temps exposée à l'air, comme emprisonnée dans les mailles du tissu cellulaire et se détachant avec lenteur et difficulté par portions et comme par lambeaux.

Les tumeurs écrouelleuses sont ordinairement enkystées. Quand les ganglions affectés le sont isolément, le kyste est formé par la tunique d'enveloppe du ganglion, épaissie, indurée et combinée avec l'enveloppe pseudomembraneuse du tubercule, si le tubercule était collecté. Quand il existe dans une même tumeur plusieurs ganglions agglomérés, il se forme autour de la masse un kyste commun consis-

tant quelquefois en une simple hypertrophie du tissu cellulaire ambiant. Cette enveloppe commune, adhérant en différents points à la tunique particulière de chaque ganglion ou à plusieurs petits kystes de nouvelle formation, peut constituer une poche multiloculaire, lors de la fonte des noyaux tuberculeux.

La transformation tuberculeuse des ganglions peut se faire avec ou sans inflammation. Très-souvent elle se fait d'emblée, directement (1), quoique insensiblement, et ce n'est alors qu'au moment de la fonte et du ramollissement qu'il survient des phénomènes inflammatoires.

Nous avons vu plus haut que les engorgements ganglionnaires pouvaient se terminer par induration. Que se passe-t-il alors? N'ont-ils, dans ces cas, été le siége que d'une hypertrophie sans transformation tuberculeuse? ou bien cette transformation, ayant parcouru déjà plusieurs périodes, ne s'est-elle pas arrêtée? Les tubercules peuvent, sans doute, aussi bien dans les ganglions que dans d'autres organes, passer à l'état crétacé, ce qui est un mode de terminaison dont on trouve heureusement d'assez nombreux exemples.

Les tumeurs écrouelleuses peuvent n'avoir rien de tuberculeux. Elles sont formées quelquefois de ganglions qui s'enflamment simplement et suppurent.

---

(1) Même sans aucune fluxion.

La terminaison la plus habituelle est la fonte lente chronique des masses tuberculeuses : de là des ulcères, des fistules plus ou moins longues à cicatriser. Souvent une cicatrisation momentanée provisoire, toujours irrégulière, se produit, puis un nouveau travail morbide, de nouvelles formations de tubercules surviennent, soit dans le même point, soit dans les ganglions voisins : de là les récidives si fréquentes, les cicatrices rouvertes, fermées de nouveau jusqu'à ce qu'enfin, après des alternatives semblables, plus ou moins répétées, une cicatrice définitive, mais indélébile, s'établisse.

Nous n'avons précédemment parlé que des altérations que présentent les ganglions lymphatiques (1), mais des engorgements et des dégénérescences analogues envahissent assez souvent d'autres parties; les glandes proprement dites en sont quelquefois le siége. Il n'est pas rare de voir les glandes salivaires, les parotides entre autres, gonflées,indurées, transformées (2). C'est alors, suivant certains auteurs,

---

(1) Encore n'avons-nous en vue que les ganglions externes. L'altération des ganglions du mésentère, des ganglions bronchiques, etc., qui existe souvent en même temps que celle des parties superficielles, appartient plus particulièrement à d'autres affections, au carreau, à la phthisie scrofuleuse, etc.

(2) «Scrofulosæ præterea acrimoniæ... peculiarem cum «omni quod glandulorum est amicitiam esse dixeris.» (Kortum, t. 1, p. 79.) — Sauf l'explication humorale, il y a dans cette idée quelque chose de vrai. — On trouve déjà dans

un signe que la maladie a déjà atteint un degré assez élevé (1). Les tonsilles, et enfin le tissu cellulaire sous-cutané peuvent aussi être le siége d'altérations semblables à celles des écrouelles proprement dites.

La description de ces affections rentre plutôt dans celle des tumeurs scrofuleuses que dans celle des écrouelles proprement dites.

Cette affection est la plus fréquente de toutes celles qui peuvent survenir dans le cours de la scrofule. Cependant, bien qu'elle soit presque constante et pathognomonique, qu'elle appartienne à toutes les formes, elle peut manquer dans quelques cas, très-rares il est vrai. Quelquefois elle survient comme premier symptôme de la maladie, mais le plus souvent, ainsi que nous l'avons vu à propos de la forme commune, elle est précédée de quelques petites affections qui marquent le début et la première période de la scrofule.

Les écrouelles n'ont d'autre cause que la maladie sous l'influence de laquelle elles apparaissent. Cependant il y a certaines conditions qui en favorisent le développement; comme l'impression du froid, une inflammation, une ulcération dans le voisinage des ganglions lymphatiques, l'influence des

---

Galien (*Method. med.*, liv. 14, ch. 11) la distinction de deux sortes de glandes affectées par les scrofules.

(1) Cullen, t. 2, p. 607, trad. de Bosquillon; Kortum, ibid., p. 78 et 79.

cols trop serrés, qui, chez les jeunes militaires prédisposés à la scrofule, déterminent souvent des engorgements écrouelleux, etc.

« Les tumeurs et les ulcères particuliers aux écrouelles, dit Cullen (t. 2, p. 606, trad. de Bosquillon), paraissent d'abord au printemps et se guérissent fréquemment dans le cours de l'été suivant. Ils ne paraissent de nouveau qu'au retour du printemps, et suivent encore avec la saison le même cours qu'avant.

L'affection dure ainsi plusieurs années et elle se guérit communément après quatre ou cinq ans; mais le plus souvent elle ne fait que céder la place à d'autres affections plus graves qui alternent avec elle dans certains cas : chez quelques sujets elle dure toute la vie.

Abcès scrofuleux.

Il existe plusieurs variétés d'abcès scrofuleux.

1° Les uns siégent dans l'épaisseur même de la peau qui présente à leur niveau une coloration violacée. Ils sont peu volumineux ; offrent presque dès leur origine une fluctuation manifeste. La petite tumeur qu'ils forment se gonfle et se colore davantage dans les efforts que font les enfants lorsqu'ils pleurent ou qu'ils crient. Ils se terminent souvent par résorption, et il ne reste à l'endroit qu'ils occupaient qu'un point rouge brunâtre. Quand ils s'ouvrent ou qu'on les perce, il s'en écoule un pus sanieux ou séro-purulent.

2° La seconde variété d'abcès scrofuleux consiste en des collections purulentes, plus ou moins volumineuses, qui ne diffèrent pas beaucoup des abcès phlegmoneux ordinaires. Ils s'accompagnent de phénomènes franchement inflammatoires, présentent une marche aiguë et contiennent un pus épais et bien lié.

Très-souvent ces abcès sont nombreux; ils surviennent successivement ou simultanément dans plusieurs points du corps. On les a considérés dans certains cas comme critiques et comme annonçant une terminaison favorable de la maladie. Ils sont, dans quelques circonstances, tellement nombreux, qu'on les a désignés sous le nom impropre de diathèse purulente.

3° Le plus communément, les abcès scrofuleux présentent d'autres caractères. Ils se développent avec lenteur et sans inflammation ou du moins sans inflammation sensible, surtout dans les premiers temps; ce sont les *abcès froids*.

Ils existent déjà souvent depuis un certain temps quand les malades s'aperçoivent de leur présence. Ils se présentent sous forme de tumeurs arrondies, circonscrites, molles, indolentes, sans changement de couleur à la peau. Ils se développent avec lenteur, restent longtemps indolents et stationnaires. C'est au moins la marche la plus ordinaire, et quand il survient de l'inflammation, ce n'est qu'après un temps plus ou moins long.

Sous l'influence d'un traitement convenable, ou

même spontanément, les abcès scrofuleux peuvent se résorber. Mais le plus ordinairement, au bout d'un temps plus ou moins long, « un certain degré de chaleur se fait sentir, la peau prend une teinte rouge pâle et s'amincit ; la tumeur s'élève de plus en plus, la rougeur devient plus vive, la douleur et la chaleur augmentent ; la peau blanchit, s'ouvre enfin, et la matière purulente s'évacue. L'ouverture est d'abord très-petite, mais elle ne tarde pas à s'agrandir; ses bords s'amincissent et elle dégénère en une fistule souvent très-longue à guérir, quelquefois même incurable. » (Boyer.) Ces abcès sont enkystés, et on n'obtient que lentement et avec peine leur cicatrisation.

Souvent il arrive qu'une collection purulente vient à se former sur une tumeur écrouelleuse et mêle son produit avec la matière tuberculeuse ramollie. Cette coïncidence a fait souvent confondre, dans la description, les abcès froids proprement dits et les écrouelles suppurées. Aussi, n'est-ce pas en conséquence de cette confusion que la plupart des auteurs attribuent les caractères suivants au pus des abcès froids? « Il est, dit Boyer, mal élaboré, peu consistant, séreux, d'un jaune verdâtre, semblable à du petit-lait trouble qui contient encore des flocons de matière caséeuse. »

« C'est un liquide, selon M. Guersant (*Dict. de médecine*, p. 212, t. 28), séreux et jaunâtre, au milieu duquel se rencontre une matière blanche caillebottée, comme caséeuse ou quelquefois semblable,

pour la consistance et la couleur, à une sorte de frangipane qui ne s'échappe que lentement et avec beaucoup de difficulté par les ouvertures spontanées. »

Ces caractères sont ceux de la matière tuberculeuse ramollie. Le pus des abcès froids est bien ordinairement, il est vrai, séreux et peu épais, surtout celui qui continue à se produire après l'ouverture ; mais ce n'est pas de la matière tuberculeuse.

Dans quelques cas, il est mélangé de sang ou bien contient des pelotons de tissu cellulaire complétement isolés et quelquefois de petites masses de fibrine.

Quelquefois ces abcès restent fistuleux, mais souvent ils se ferment assez promptement, surtout si on les ouvre avec le bistouri.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, qu'il faut distinguer avec soin les abcès froids proprement dits des écrouelles en voie de ramollissement et des abcès par congestion, qui sont des kystes tuberculeux et qui seront décrits plus loin (1).

Les petits abcès cutanés, dont nous avons parlé en premier, apparaissent plus particulièrement dans la première période de la scrofule.

Les abcès qui s'accompagnent de phénomènes inflammatoires et qui sont nombreux ont paru, dans

---

(1) Nous faisons rentrer dans la catégorie des abcès froids les abcès qui se développent au voisinage d'un os carié.

certains cas, précéder la guérison de la maladie.

Les abcès froids n'ont pas grande valeur séméiotique ou pronostique. Le plus souvent, cependant, on les observe dans une période peu avancée, ou dans une forme peu grave de la scrofule.

Ophthalmie scrofuleuse (1).

Cette affection est un des symptômes les plus fréquents de la scrofule.

Tantôt elle est bornée à un seul œil, tantôt elle attaque les deux yeux à la fois ou successivement.

Elle débute ordinairement d'une manière insensible. Dans les premiers temps, c'est à peine si l'on y fait attention. Les enfants qui en sont affectés ont les yeux plus sensibles que d'ordinaire à la lumière ; on dit qu'ils ont la vue tendre. Le bord libre des paupières présente un liséré rouge quelquefois à peine appréciable. La sécrétion des glandes de Meïbomius est activée. Le matin, les paupières sont agglutinées, surtout à leurs angles, par un liquide visqueux qui s'est concrété ; elles sont gonflées, souvent même œdémateuses, surtout dans la mati-

---

(1) V. Weller, Middlemore, Sanson (kérato-conjonctivite), l'article de M. Velpeau (Dict. en 30 vol., t. 22), M. Sichel, et la plupart de ces auteurs, qui excellent dans les détails, n'ont pas suffisamment indiqué l'ensemble de cette ophthalmie ; quant à ceux qui la nient, parce qu'ils nient avant tout la scrofule, nous ne leur répondrons qu'en prouvant l'existence de cette maladie.

née. Cet œdème peut se dissiper dans le courant de la journée. Il y a un épiphora plus ou moins abondant.

L'affection peut rester en cet état pendant plus ou moins longtemps. Mais bientôt, cependant, elle prend plus d'intensité, la rougeur s'étend à toute la conjonctive palpébrale et gagne la conjonctive oculaire. La sensibilité devient plus vive, le larmoiement augmente ; il y a blépharospasme ou resserrement des paupières; puis les phénomènes diminuent pour reparaître de nouveau avec plus d'intensité.

Ces premières recrudescences offrent en général peu de gravité; elles ne durent que quelques jours.

Mais si l'affection persiste et qu'il n'en survienne point d'autre qui fasse diversion, l'ophthalmie prend un caractère plus tranché, la rougeur est permanente, quoique cependant peu intense, la photophobie marquée ; la joue qui correspond à l'œil affecté s'irrite par l'écoulement continuel des larmes, elle présente une coloration et un gonflement erysipélateux. Quelquefois elle devient le siége d'une éruption impétigineuse. Les petits malades tiennent la tête inclinée en avant et fuient la lumière, ce qui leur donne un air de timidité. La conjonctive rouge et enflammée présente une injection vasculaire qu'on a donnée comme caractéristique. On voit ordinairement de gros vaisseaux d'un rouge foncé qui font saillie, se dirigent de l'un des angles de l'œil vers la cornée, parallèlement entre eux, et sont souvent surmontés d'une pustule ulcérée ou non.

La vascularisation n'est ordinairement que partielle. Les vaisseaux sont superficiels, quelquefois en paquet. Ils ont leur extrémité la plus volumineuse tournée du côté de la cornée et sont là comme coupés à pic.

Les papules ou les pustules qui les accompagnent s'affaissent parfois, d'autres fois suppurent et s'ulcèrent.

On a alors affaire à une ophthalmie permanente qui présente néanmoins encore des alternatives d'aggravation et de diminution. Il est très-rare que la cornée ne se prenne pas. Un caractère presque constant de l'ophthalmie scrofuleuse, ce sont les altérations qu'on a cru devoir décrire à part sous le nom de kératite, sans doute parce qu'un certain nombre de sujets en sont affectés d'emblée : la kératite semble quelquefois former une variété de l'ophthalmie scrofuleuse. Le plus souvent la cornée enflammée se ramollit, suppure dans un ou plusieurs points ou dans presque toute son étendue. Il en résulte tantôt des ulcérations superficielles et limitées qui forment des taches grisâtres, qu'on n'aperçoit ordinairement qu'en regardant l'œil de côté ; tantôt une seule ulcération large et profonde, de couleur brune ou cendrée, à circonférence presque toujours irrégulière.

Si l'ulcération tend à se cicatriser au bout d'un temps plus ou moins long, il en résulte une taie. Cette taie, tantôt ne consiste que dans une *tache superficielle demi-transparente, semblable, en quelque*

sorte, à une fumée peu épaisse placée sur la cornée, qui ne produit qu'un obscurcissement incomplet de la vue et à laquelle on a donné le nom de *nuage*; tantôt la taie forme une tache épaisse, blanche, opaque, qu'on désigne sous le nom de *leucoma* ou d'*albugo*.

Ces taches peuvent, dans quelques cas, résulter aussi d'une simple infiltration entre les lames de la cornée sans ulcération; mais alors l'opacité n'est pas limitée, mais diffuse et plus considérable. Il peut aussi se former dans le cours de l'ophthalmie scrofuleuse une production pseudomembraneuse de forme triangulaire (ptérygion), dont la base occupe l'un des angles de l'œil, et dont le sommet se dirige vers la cornée et l'envahit quelquefois.

Dans quelques cas, l'ulcération de la cornée en détermine la perforation complète. Il en résulte soit de simples adhérences de l'iris, soit la procidence de cette membrane, soit enfin, si la perforation est très-étendue, l'issue des humeurs de l'œil qui se trouve alors réduit à un simple moignon.

Le ramollissement inflammatoire de la cornée détermine souvent la saillie en avant de cette membrane qu'on désigne sous le nom de staphylôme.

L'iris est très-souvent affecté dans l'ophthalmie scrofuleuse; mais la photophobie n'est pas absolument liée à l'inflammation de cette membrane. Ce symptôme n'est d'ailleurs pas toujours en rapport avec la gravité de l'ophthalmie. « Elle a lieu souvent quoique l'inflammation paraisse peu intense;

elle survit à cette inflammation et elle existe encore lorsqu'il n'y a plus de trace de phlegmasie.» (M. Baudelocque, p. 446.)

Quoique l'ophthalmie scrofuleuse puisse, dans son cours, prendre le caractère aigu et amener en peu de temps de grands désordres, sa marche n'en est pas moins chronique et son début très-lent et insidieux.

Cependant à la suite d'une fièvre éruptive, de la rougeole et surtout de la variole, quelquefois aussi sans cause occasionnelle de ce genre, elle peut se déclarer brusquement et présenter une rapidité et une malignité extrêmes. La fonte de l'œil est souvent la conséquence de ces ophthalmies aiguës des scrofuleux; mais, le plus ordinairement, ce ne sont là que des retours subits, que des apparitions brusques et rapides d'une affection qui existait déjà à un degré plus marqué et qui n'avait pas attiré l'attention.

Mais la perte de l'œil ou des accidents graves ne sont pas toujours la conséquence de ces exacerbations aiguës que présente souvent l'ophthalmie scrofuleuse. On est étonné de voir succéder en très-peu de temps à des symptômes effrayants une amélioration extraordinaire. L'œil reprend son aspect habituel, il redevient aussi clair, aussi transparent qu'il était avant.

L'affection peut rester limitée et comme fixée aux bords libres des paupières, qui sont rouges, boursouflées, couvertes de petites nodosités, quelque-

fois même de petits foyers purulents, d'ulcérations, ce qui, surtout lorsque les cils ont été détruits, comme il arrive toujours après un temps plus ou moins long, donne à certains scrofuleux un aspect si hideux.

« La muqueuse palpébrale s'hypertrophie, se couvre de fongosités d'un rouge livide et foncé, en bourrelet saillant et dur qui borde la paupière en la renversant... c'est l'ectropion scrofuleux » (1).

Pour ne rien omettre de ce qui se rapporte à l'ophthalmie scrofuleuse, nous mentionnerons avec Kortum la cataracte, l'amaurose, la fistule lacrymale, comme conséquences possibles de cette affection ou du moins comme affections scrofuleuses accompagnant quelquefois l'ophthalmie.

L'ophthalmie scrofuleuse peut donc se terminer par résolution complète, ou bien par des altérations plus ou moins indélébiles, quelquefois par la perte de l'œil; le plus souvent elle disparaît pour faire place à une autre affection.

Sa marche est essentiellement chronique, et si elle prend quelquefois un caractère remarquable d'acuité, ce n'est généralement qu'après être restée longtemps à l'état chronique.

Elle récidive souvent. « Lorsque le mal gagne les yeux, dit Bordeu (2), il est important de les déga-

---

(1) Docteur Guiet, *Étude pratique sur l'affection scrofuleuse chez les enfants* (*Revue médicale*, 1844).

(2) Bordeu, *Dissert. sur les écrouelles*.

ger fort vite, parce que pour peu qu'il se fasse de suppuration dans ces parties, elles ne reprennent jamais leur disposition naturelle ; elles restent toute la vie sujettes à des fluxions incommodes. »

L'ophthalmie scrofuleuse peut survenir dans toutes les formes de la scrofule et à toutes ses périodes; mais on l'observe plus souvent à une période peu avancée de la maladie, et quelquefois vers sa guérison, et plutôt dans la forme bénigne et dans la forme commune, que dans la forme grave. C'est ce que dit M. Baudelocque en d'autres termes : « L'ophthalmie se lie, dans la scrofule, à une modification peu profonde de l'économie. »

Cette affection apparaît et s'aggrave plus fréquemment en hiver que dans toute autre saison. La succession du froid au chaud, de l'humidité à la sécheresse, paraissent favoriser son développement. Une température chaude et sèche contribue, au contraire, à faciliter sa guérison (1).

La marche ordinairement chronique de cette affection, ses récidives fréquentes, l'aspect particulier que lui donnent la rougeur peu intense de la conjonctive et l'injection vasculaire qui lui est propre, sa tendance à l'ulcération, la feront facilement distinguer de toute autre ophthalmie, et même lui donnent une assez grande valeur diagnostique pour qu'on puisse reconnaître la scrofule chez un enfant seulement affecté d'ophthalmie scrofuleuse.

---

(1) Baudelocque, Kortum.

De la tumeur blanche scrofuleuse.

La tumeur blanche est une affection des articulations caractérisée par le gonflement des jointures, l'inflammation de la synoviale et la carie, avec ou sans tubercules, des extrémités osseuses.

On lui a aussi donné les noms de tumeur fongueuse, fungus articulorum, tumeur lymphatique, pédarthrocace; mais cette dernière dénomination s'applique plus particulièrement, comme nous le verrons, aux tumeurs blanches des petites articulations du pied et de la main.

Toutes les jointures peuvent en être le siége, mais surtout les grandes; et parmi ces dernières, on doit signaler l'articulation coxo-fémorale, celle du genou, celle du coude, puis les articulations tibio-tarsienne et radio-cubitale.

Cette affection survient souvent sans cause occasionnelle appréciable et par la seule influence de la maladie dont elle dépend; mais aussi elle se développe à la suite d'une plaie, d'une contusion, d'une entorse, d'une luxation de l'articulation qui en est le siége, ou bien après une fièvre continue ou éruptive, et lorsque la constitution paraît avoir été affaiblie par une maladie antérieure.

La tumeur blanche appartient à la forme commune et surtout à la forme grave ou maligne de la scrofule. Comme la plupart des autres affections scrofuleuses, elle peut se manifester à toutes les

périodes de la maladie; mais dans la forme commune, elle n'apparaît généralement que dans la deuxième ou la troisième période, quand déjà les malades ont été atteints d'éruptions cutanées, d'ophthalmies, d'écrouelles, et même quelquefois après que ces affections ont disparu à l'époque de la puberté. Chez d'autres sujets, enfants ou adultes, la tumeur blanche paraît être le premier et quelquefois l'unique symptôme de la scrofule; c'est, en effet, comme nous l'avons dit, une variété assez fréquente de la scrofule fixe primitive (1).

Symptômes. — Elle débute ordinairement avec lenteur; elle s'annonce par une douleur le plus souventvive, aiguë, profonde, bornée à un point, lequel est ordinairement au centre de l'articulation. Tantôt cette douleur est continue, tantôt elle présente des rémissions plus ou moins longues, plus ou moins complètes. Dans certains cas, la douleur est plus diffuse; quelquefois elle est nulle ou ne consiste que dans une sensation de gêne augmentée par les mouvements de l'articulation et qui fait place peu à peu ou tout à coup à une douleur plus vive (2).

---

(1) Voyez ce qui a été dit à propos des formes.

(2) Ce dernier phénomène est souvent produit par l'ouverture d'un foyer tuberculeux dans l'articulation; mais, ainsi que nous le verrons plus tard, c'est là plutôt une complication que la marche ordinaire de la tumeur blanche.

Dans les premiers temps, la douleur peut être des plus cruelles et la tuméfaction encore peu marquée. Le moindre mouvement augmente les souffrances; peu à peu, le mal faisant des progrès, la douleur diminue, mais la partie malade se tuméfie de plus en plus, les extrémités osseuses grossissent et leur tuméfaction paraît augmenter à mesure que la douleur devient moindre; le gonflement est plus ou moins rapide, mais il s'écoule toujours quelque temps avant qu'il soit considérable, de sorte qu'il y a toujours un certain intervalle entre cette période de l'affection et la douleur vive qui en signale le début.

Les parties molles deviennent le siége d'un empâtement caractéristique. Il existe alors une tumeur dont la surface est lisse, tendue, luisante; mais la peau qui la recouvre, ordinairement blanche, ou présentant à peine une légère coloration rosée, est ordinairement sèche. Cette tumeur occupe rarement tout le pourtour de l'articulation. Elle est presque toujours bornée à une partie de sa circonférence, tout au moins fait une saillie plus considérable sur un de ses côtés. Cette tumeur est sans mobilité, plus ou moins circonscrite, élastique, cédant sous la pression du doigt, mais n'en gardant pas l'empreinte comme une partie affectée d'œdème. Elle présente souvent dans quelques points, ou même dans toute son étendue, un certain degré de mollesse, ce qui peut faire croire à une véritable fluctuation, quoiqu'il n'y ait aucune collection de

liquide (1). La tumeur est plus ou moins douloureuse, surtout quand on la comprime ; dans certains cas, elle est complétement indolente.

Les mouvements de l'articulation sont difficiles et douloureux. Le malade s'en abstient dans les premiers temps ; plus tard ils deviennent de plus en plus difficiles ou même tout à fait impossibles. Le membre est dans une demi-flexion ; les tendons des muscles fléchisseurs rétractés font saillie sous la peau, et l'articulation finit par devenir roide et immobile.

Dans certains cas, au contraire, la mobilité des surfaces articulaires paraît augmentée, soit à cause de la présence d'un liquide plus abondant dans les premiers temps, soit plus tard par suite des désordres qui peuvent survenir, de l'accumulation de pus dans l'articulation et de la fonte purulente des extrémités des os. Mais malgré cette mobilité, les mouvements peuvent n'en être pas moins très-douloureux.

Il est un phénomène important à noter, c'est l'atrophie des parties circonvoisines du membre sur lequel siége la tumeur blanche. Cette atrophie est plus marquée chez les enfants que chez les adultes, à cause du contraste qui existe entre les parties

---

(1) « Si istius tumoris comparatio instituenda esset... Struma prægrandis exemplo esse posset... Et forte nullum intercedit discrimen nisi quoad locum, sedem et effectus. » (J.-A. Brambilla, *de Fungo articulationis genu.*)

atrophiées et celles qui prennent un continuel accroissement, non-seulement en longueur, mais aussi en épaisseur (1).

L'affection peut rester stationnaire plus ou moins longtemps pour s'aggraver encore; souvent, après plusieurs alternatives de diminution et de recrudescence dans les symptômes, après plusieurs fluxions ou inflammations intermittentes, qui peuvent cesser pour se reproduire au bout d'un certain temps, on voit le mal faire de nouveaux progrès. La tumeur devient volumineuse, la peau qui la recouvre de plus en plus tendue et luisante; les veines sous-cutanées se dessinent, se dilatent et se gonflent : les ganglions lymphatiques voisins s'engorgent et se tuméfient. Il survient dans les parties profondes des désordres plus ou moins graves et appréciables que nous décrirons à propos des lésions. Les extrémités articulaires se déforment, se déplacent; il peut en résulter ce qu'on a appelé des luxations spontanées; des symptômes inflammatoires se manifestent dans la totalité de la tumeur ou seulement dans quelques points; des abcès se forment, ils communiquent souvent avec l'intérieur

---

(1) Cette atrophie peut porter sur un point assez restreint, les parties les plus voisines allant toujours en s'accroissant. M. Nélaton a signalé une cause de déformation des articulations dans l'atrophie d'un condyle du fémur siége de tubercules, l'autre continuant à se développer. (Voy. sa thèse inaugurale.)

de l'articulation, convertie elle-même en un vaste foyer. Ouverts spontanément ou artificiellement, ils donnent issue à une grande quantité de liquide purulent ou séro-purulent, jaunâtre, floconneux, dans lequel nagent quelquefois de petits débris de matière tuberculeuse ramollie. « Dans certains cas, le liquide qui s'épanche a une consistance plus épaisse qui se rapproche assez de celle du vrai pus, mais il dégénère promptement en une sanie ténue, fétide, de mauvaise qualité. » Assez souvent l'ouverture par où s'écoule cette matière se ferme promptement, et d'autres abcès se forment dans le voisinage. Quand la fonte purulente est plus profonde et plus considérable, le foyer ne se tarit pas aussi vite et les ouvertures dégénèrent en fistules; si on introduit une sonde par ces fistules, elle pénètre souvent jusqu'aux os dénudés, cariés, réduits, dans certains points, à l'état de séquestres, dont le pus entraîne quelquefois des débris. La membrane qui tapisse les conduits fistuleux et les ulcérations où ils aboutissent se boursoufle fréquemment, devient fongueuse, fait saillie au dehors et forme comme une hernie.

A cette période, le malade s'affaiblit de plus en plus. Il survient assez fréquemment des inflammations du poumon ou de la plèvre auxquelles il peut succomber; ou bien, soit que l'affection articulaire existe seule, soit que des tubercules se développent dans l'abdomen ou dans la poitrine, on voit survenir de la fièvre, des sueurs, une diarrhée colli-

quative, l'œdème des membres inférieurs, en un mot, les signes de la cachexie scrofuleuse qui précèdent la mort.

Cette funeste terminaison peut arriver au bout de plusieurs mois, quelquefois seulement de plusieurs années.

Les désordres survenus dans l'articulation occasionnent, dans certains cas, une fièvre de suppuration qui peut entraîner les malades, et qui cesse souvent après l'évacuation du foyer, laquelle produit une amélioration momentanée.

Dans quelques circonstances plus rares, les malades succombent à des hémorrhagies abondantes et répétées qu'il est impossible d'arrêter; mais le mode de terminaison qu'on a observé dans les tumeurs blanches des extrémités, du pied en particulier, est assez rare.

La tumeur blanche ne produit pas toujours dans les articulations des altérations aussi graves. Il est des circonstances dans lesquelles la jointure devient de plus en plus roide et perd tous ses mouvements. En même temps les autres symptômes diminuent progressivement et font place à une ankylose complète ou incomplète.

Dans d'autres cas, après les symptômes les plus graves, après des abcès ouverts et suivis de fistules, après la sortie de séquestres, après la déformation, le déplacement des surfaces articulaires, on voit l'affection diminuer peu à peu et ne laisser après elle que des déformations incurables.

Ces terminaisons plus heureuses coïncident souvent avec l'apparition d'une autre affection scrofuleuse dans une autre partie du corps.

Quant à la guérison complète des tumeurs blanches, s'il en existe des cas, ils sont très-rares. La plupart des auteurs parlent d'une tumeur blanche de nature plus bénigne qui aurait son siége primitif dans les parties molles, mais la description et les observations qu'ils en donnent se rapportent à des affections rhumatismales.

Cependant nous mentionnerons l'opinion de Kortum : « Le vice scrofuleux, dit-il, n'envahit pas les articulations d'une manière toujours aussi terrible. Il existe aussi des affections scrofuleuses des articulations qui ne sont pas incurables, mais ces affections paraissent avoir plutôt leur siége dans les parties molles externes que dans les extrémités osseuses elles-mêmes. J'ai vu, dit-il, plusieurs fongus des articulations chez des enfants ou chez des jeunes gens qui présentaient tellement les signes de la cachexie scrofuleuse, qu'il m'était impossible de ne point rapporter, au moins en partie, à cette cause l'affection articulaire. Cette affection, ajoute-t-il, quoique assez tenace, et quelquefois même funeste, n'était pas aussi pernicieuse que celle que les Anglais décrivent, et la plupart du temps elle était précédée de quelque violence extérieure sur l'articulation.

Lésions. — Nous avons dit plus haut que les lésions

qui caractérisaient la tumeur blanche étaient l'inflammation de la synoviale, et la carie avec ou sans tubercules des extrémités osseuses. Tantôt les altérations de la séreuse précèdent celles des os, tantôt c'est le contraire; quelquefois elles se développent simultanément.

Dans le premier cas, les seuls changements que l'on peut constater au début (1) sont une vascularisation plus ou moins marquée du tissu sous-séreux, une coloration rougeâtre de la synoviale qui paraît épaissie, au moins dans certains points, et ramollie. Sa surface interne est rugueuse, terne, dépolie, recouverte par places de productions pseudomembraneuses; il existe, surtout au début, une certaine quantité de sérosité qui se transforme plus tard en un liquide sanieux ou purulent. L'inflammation se propage par les couches capillaires sous-séreuses aux extrémités des os; sur l'une et sur l'autre des deux surfaces articulaires on observe à peu près les mêmes phénomènes. On remarque une injection marquée dans les points où finit le périoste, au pourtour des cartilages d'encroûtement. L'inflammation se propage, d'une part, suivant la couche vasculaire qui est sous-jacente à ces cartilages; de l'autre, s'étend sous le périoste. Ce dernier se gonfle, est soulevé par des couches osseuses de nouvelle formation qui apparaissent dans un ordre plus ou moins irrégulier. C'est à cela qu'est due l'augmentation de volume des

(1) Si le malade meurt d'une autre affection.

extrémités osseuses dont la tuméfaction est, comme on le voit, tout à fait différente du gonflement des parties molles. En même temps l'inflammation se propageant, comme nous l'avons vu, entre les cartilages et le tissu osseux, isolant les premiers, les privant de leurs communications vasculaires, ronge leurs bords, les ramollit par points isolés, les perfore, ou bien les détache et les soulève dans toute leur étendue comme une coque qui recouvrirait la surface osseuse sans y adhérer. L'inflammation envahit le tissu spongieux, et d'après ce que nous avons dit, il est facile de comprendre comment elle peut communiquer d'un os à l'autre. Les désordres sont de plus en plus considérables ; le tissu spongieux devient le siége d'une inflammation chronique, des suffusions sanguines s'y produisent, il se raréfie, se ramollit, s'infiltre de pus ; de petits séquestres se détachent et tombent dans le foyer. D'autres fois ces séquestres plus volumineux restent enclavés dans les parties voisines, encore saines dans certains points, altérées dans d'autres. Dans certains, cas on peut suivre les différents degrés de la carie : aux limites du mal, le tissu n'est souvent qu'infiltré de sang. Plus près de l'articulation, on observe l'infiltration purulente. Enfin les points les plus rapprochés des surfaces articulaires sont friables, ramollis, partiellement détruits.

La cavité articulaire est remplie de pus, la synoviale est remplacée, au moins par places, par une pseudomembrane fongueuse, véritable membrane

pyogénique. Les cartilages diarthrodiaux et les cartilages d'encroûtement n'ayant plus de communications vasculaires, détachés, usés, ramollis, flottent en partie au milieu du liquide et disparaissent en partie ou en totalité dans la fonte purulente qui les environne.

Les surfaces osseuses dénudées, friables, infiltrées de pus, contenant quelquefois aussi de la matière tuberculeuse diffuse ou collectée, se déforment, se détruisent et ne sont plus remplacées que par les parties adjacentes du même os, atrophiées elles-mêmes, diminuées de volume et entraînées consécutivement en différents sens, suivant les muscles qui s'y insèrent. De là des difformités, des raccourcissements dans les membres, qui font croire à des luxations qu'on a appelées spontanées. Les parties molles participent à ces destructions. Des abcès s'y sont formés, communiquant ou non avec l'articulation ; les ligaments, les tendons, les aponévroses, sont ramollis ; les muscles atrophiés, décolorés, détruits souvent par des fusées purulentes ou en voie de ramollissement. Le tissu cellulaire présente cet empâtement, cet aspect lardacé qu'il prend toujours au voisinage des inflammations chroniques.

Nous avons vu comment les altérations de la séreuse, son inflammation, se communiquaient au tissu osseux. La communication se fait de même, mais dans un sens inverse quand l'affection débute par la carie des extrémités osseuses.

Il en est à peu près de même si le point de départ

est une infiltration ou une collection tuberculeuse. Seulement, si un tubercule enkysté vient tout à coup à s'ouvrir dans l'articulation, cet accident donne lieu à une inflammation aiguë, avec douleur très-vive, qui contraste avec la marche ordinairement chronique de l'affection. Dailleurs, à proprement parler, c'est plutôt là un épiphénomène d'une carie tuberculeuse, qu'une variété de tumeur blanche.

Quand la tumeur blanche tend à se terminer par ankylose, les désordres ne vont pas ordinairement si loin : la synoviale se recouvre d'une couche pseudo-membraneuse qui s'organise, elle se rétracte, se resserre. Tous les tissus qui entourent la circulation s'infiltrent, se confondent, perdent leur aspect brillant, se dessèchent et prennent l'apparence d'une masse homogène et dense. La fausse membrane qui tapisse l'intérieur de l'articulation se transforme de plus en plus, présente par places une surface sèche, hérissée de flocons et de filaments celluleux (1) dont les uns sont libres et flottants, dont les autres établissent des adhérences entre les différents points de l'articulation. Ces adhérences se multiplient, et, soit qu'elles restent à l'état fibreux, soit qu'elles passent à l'état osseux, elles forment une véritable soudure entre des os jusque-là contigus et déterminent une ankylose véritable, complète ou incomplète. Nous n'avons pas cru devoir distinguer les tumeurs

(1) Lobstein, t. 2, p. 329.

blanches qui ne s'accompagent pas de transformations tuberculeuses des extrémités osseuses, de celles qui en présentent, quoique ces dernières puissent être assez nombreuses. En effet, qu'une collection ou qu'une infiltration tuberculeuse se développe dans le tissu spongieux enflammé d'une épiphyse, ce n'est là qu'une complication. (Voyez, du reste, ce qui a rapport à la carie tuberculeuse, au chapitre des *Lésions de la scrofule.*)

Des tumeurs blanches en particulier.

Après avoir fait l'histoire des tumeurs blanches en général, il ne nous reste plus qu'à décrire ce que chacune d'elle présente de spécial.

Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale

(Luxation spontanée du fémur, coxalgie, coxarthrocace).

L'affection s'annonce par une douleur souvent vive, quelquefois sourde, profonde, ayant son siége dans la hanche. Ordinairement il existe aussi une douleur assez forte au genou; l'intensité est même si grande, dans certains cas, que les malades s'en plaignent beaucoup plus que de celle de la hanche: de là quelques erreurs de diagnostic faciles à éviter si l'on fait attention que la pression rend plus vive

la douleur de l'articulation malade, tandis qu'elle n'accroît pas celle du genou (1).

La douleur augmentée par la marche s'accompagne de claudication. Un certain nombre d'auteurs (Desault, Boyer, etc) s'accordent à dire que, dans cette première période, il y a allongement du membre. Nous verrons plus loin à quoi ils attribuent cet allongement. D'autres le nient (J.-L. Petit, etc.) et signalent au contraire un raccourcissement de plus en plus marqué, qui, selon les premiers, ne s'observerait qu'à une époque avancée. Sans entrer ici dans l'examen de ces opinions contradictoires, qui se rattachent à des opinions également fausses sur l'évolution des altérations pathologiques de cette affection, nous dirons que cet allongement, s'il existe dans certains cas, est loin d'être constant et qu'il ne consiste souvent qu'en une apparence trompeuse, due à une inclinaison du bassin; tandis que le raccourcissement existe presque toujours au bout d'un certain temps, non pas à cause d'une luxation véritable, mais bien par suite de l'atrophie du membre affecté, atrophie plus marquée, comme nous l'avons dit, chez les enfants que chez les adultes, et par suite surtout des désordres qui peuvent survenir dans l'articulation.

Ainsi donc, après un certain temps, toute l'ex-

---

(1) La douleur du genou est plus forte la nuit que le jour, et à son apparition celle de la hanche diminue ou disparaît. (Withe, Lobstein, t. 5, liv. 2, p. 313.)

trémité inférieure maigrit. Le malade ne peut plus se tenir debout ni marcher qu'au moyen de béquilles ; il éprouve alors de grandes douleurs.

Quelquefois l'affection s'arrête là, la douleur et les autres accidents disparaissent ; mais les mouvements de l'articulation sont pour toujours restreints ou entièrement abolis (Lobstein) ; une ankylose s'est formée.

Dans la plupart des cas les choses ne se passent pas ainsi. Le mal augmente de plus en plus, la marche devient impossible, la hanche est le siége d'une tuméfaction douloureuse, et présente tous les caractères et l'aspect extérieur des tumeurs blanches. (Voyez plus haut.) Les rapports normaux des surfaces articulaires paraissent changés ; on dit alors que la tête du fémur est sortie de la cavité cotyloïde et qu'il y a luxation spontanée, soit en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe, soit en bas et en avant au niveau du trou sous-pubien.

Arrivées à cette période, certaines tumeurs blanches coxo-fémorales peuvent se guérir encore, soit par ankylose, soit par la diminution successive de tous les symptômes, à la suite desquels le fémur raccourci, atrophié, conserve encore ses mouvements, malgré tous les désordres qui se sont produits dans les parties articulaires, et à l'aide de ce qu'on appelle une fausse articulation ; mais ces cas heureux sont les plus rares, et la mort est ordinairement le terme de cette affection.

Lésions. — Voici ce que les lésions ordinaires, communes à toutes les tumeurs blanches, présentent de particulier dans celle qui nous occupe.

Dans les premiers temps, l'extrémité supérieure du fémur peut être le siége, depuis la tête jusqu'au grand trochanter (1), d'une tuméfaction qui est due, comme nous l'avons vu ailleurs, à des couches osseuses nouvelles. Des déformations analogues peuvent s'être produites sur certains points, sur les bords de la cavité cotyloïde ; il doit en résulter déjà quelques changements dans les rapports normaux des surfaces articulaires, et même, dans certains cas, peut-être un peu d'allongement réel du membre inférieur.

Plus tard, l'inflammation du tissu spongieux des os contigus en amène le ramollissement, qu'il y ait ou non des collections ou des infiltrations tuberculeuses. La carie affecte plus souvent la cavité cotyloïde, selon Boyer, et plus souvent la tête du fémur, selon Lobstein ; la vérité est que les deux os sont très-souvent affectés à la fois, mais à des degrés différents.

La tête du fémur, dénudée, cariée, s'use, se déforme, se détache quelquefois en partie ou en totalité et à l'état de séquestre. Les parties voisines de l'os, le col du fémur s'atrophient et ne présentent plus qu'un moignon informe ; il en résulte un rac-

(1) Opinion du professeur Rust citée par Lobstein, t. 2, p. 312.

courcissement constant et nécessaire sans qu'il y ait de luxation.

Si l'on joint à cela les altérations analogues dont la cavité cotyloïde peut être le siége, on comprendra comment des déformations, des déplacements plus considérables, peuvent se produire sans qu'il y ait encore de véritable luxation. La cavité cotyloïde, cariée dans l'un ou dans plusieurs de ses points, ne présente plus le même aspect. Sa cavité s'étend et s'allonge dans un sens et disparaît dans un autre. La carie ronge et détruit d'un côté; des stalactites osseuses se produisent d'un autre côté.

Dans certains cas, le fond de la cavité se perfore; il résulte de tous ces désordres que l'extrémité supérieure du fémur, en partie atrophiée, en partie détruite, affecte avec l'os coxal de nouveaux rapports, est portée en haut et en arrière, en bas et en avant, etc., qu'on peut prendre ces déplacements pour des luxations qui ne sont qu'apparentes.

Dans certains cas, les délabrements sont encore plus considérables toutes les parties molles, la capsule, les ligaments, les muscles eux-mêmes, étant détruits par la suppuration.

Quand la tumeur blanche s'est terminée par ankylose, « les surfaces diarthrodiales sont inégales, raboteuses, privées de leurs cartilages, mais hérissées d'un grand nombre de filaments celluleux qui ont formé des adhérences entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde; le paquet synovial est flétri, ou changé en une masse cellulaire. » (Lobstein.) Quel-

quefois si l'ankylose est complète, les deux os sont soudés et ne forment plus qu'une pièce. Les muscles qui environnent l'articulation sont décolorés, atrophiés, desséchés et comme durcis. Le bassin tout entier est souvent modifié dans sa forme, dans son inclinaison, dans ses diamètres.

Quand l'ankylose n'est survenue qu'après des désordres plus grands, l'extrémité supérieure du fémur, du moins ce qu'il en reste ou ce qui la remplace, après avoir abandonné complétement ou en partie la cavité articulaire, se trouve en contact soit avec un point de la circonférence de cette cavité, soit avec une autre portion de l'os coxal. Dans ce cas, une nouvelle cavité semble s'être creusée, superficielle ou rendue plus profonde par des prolongements stalactiformes qui l'entourent et qui lui forment un rebord plus ou moins saillant.

La cavité cotyloïde, ou du moins la partie de cette cavité qui est abandonnée par la tête du fémur, se rapetisse, et finit souvent par s'oblitérer; il n'en reste quelquefois d'autre trace qu'une petite fosse irrégulière, ou une fente oblongue et elliptique.

Que dire maintenant de l'opinion de J.-L. Petit, qui admettait une luxation par suite de l'accumulation de la sérosité dans l'articulation (1), et de

---

(1) Opinion renouvelée, mais un peu modifiée dans ses applications par M. Lesauvage, de Caen (*Arch. gén. de méd.*), et par M. Parise (thèse inaug.).

l'opinion de Desault, de Boyer, qui attribuait cette luxation au gonflement de la glande synoviale et des cartilages. Ces deux opinions contradictoires ne s'appliquent pas à l'affection qui nous occupe. On a vu, en effet, qu'il n'y a pas de luxation véritable, que par conséquent il n'y a pas lieu d'expliquer une chose qui n'existe pas, au moins dans la tumeur blanche scrofuleuse.

Tumeur blanche du genou

(Gonarthrocace).

Tout ce qui a été dit des tumeurs blanches en général s'applique à celle du genou qui sert ordinairement de type pour cette description ; il n'y a presque rien de particulier à y ajouter.

Au genou, le gonflement se manifeste d'abord des deux côtés du ligament propre de la rotule, avant d'envahir la presque totalité de l'articulation. Le malade ne pouvant se servir de son membre, le tient dans la demi-flexion ; il ne s'appuie que sur les orteils, la flexion de la jambe sur la cuisse tend toujours à s'augmenter. Plus tard surviennent tous les désordres que nous avons indiqués plus haut, avec des déformations plus ou moins marquées de l'articulation.

« Voici, dit Lobstein, ce que j'ai observé sur des cadavres d'enfants scrofuleux, attaqués de tumeurs blanches de l'articulation du genou, que j'ai eu occasion de disséquer. Le genou était dans la plus

grande flexion possible en même temps qu'il était déjeté soit en dedans, soit en dehors, en formant une saillie considérable. Cette saillie dépendait du gonflement de l'un ou de l'autre condyle du fémur, lequel était, pour ainsi dire, hors de l'articulation et ne servait plus au mouvement. La capsule articulaire, appliquée sur le condyle, avait contracté des adhérences avec le cartilage diartrhodial devenu celluleux et raboteux à sa surface. La rotule, repoussée vers l'autre condyle, plus gros lui-même qu'à l'ordinaire, ne s'articulait qu'avec ce dernier. Leurs cartilages ramollis n'avaient plus qu'un tiers de ligne d'épaisseur, au lieu d'une ligne qu'ils doivent avoir dans l'état sain; ils étaient semblables à des membranes demi pulpeuses et pouvaient être arrachées par lambeaux des surfaces osseuses. La même chose s'observait au cartilage correspondant du tibia. Au reste, les deux condyles de ce dernier os étaient également gonflés, mais moins que ceux du fémur. Le tissu spongieux des os était infiltré de pus ou de matière tuberculeuse ramollie. Quant aux cartilages demi-lunaires et aux ligaments croisés, ils étaient convertis en une substance homogène, semblable au tissu lardacé. A une époque plus avancée, les cartilages diarthrodiaux étaient détruits et les extrémités osseuses érodées. Une autre altération que j'ai rencontrée aux endroits du fémur et du tibia qui donnent attache aux ligaments croisés, c'est que ces points d'insertion étaient nécrosés et facilement séparables des os auxquels ils appartenaient. »

« Dans des cas où la maladie était évidemment scrofuleuse, ajoute le même auteur, j'ai trouvé entre les parties molles qui entourent le genou, au lieud'abcès et de trajets fistuleux, un nombre plus ou moins grand de tubercules ramollis. »

Mais les lésions ne vont pas toujours jusque-là, et l'affection peut se terminer au genou comme ailleurs par ankylose.

Tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale.

L'affection débute ordinairement par des douleurs « passagères mais térébrantes dans la tête de l'humérus et descendant le long de la face interne de cet os jusqu'au coude » (1). La pression sur la partie antérieure de l'articulation les augmente. Le malade éprouve dans tout le membre une sensation de malaise, de lassitude. A une période plus avancée, la tête de l'humérus devient plus volumineuse, l'épaule affectée paraît plus basse que celle du côté sain, le bras est un peu éloigné du tronc, le coude fléchi; les mouvements sont plus ou moins douloureux. Le membre présente un allongement réel ou apparent. Les rapports de la tête et de la cavité glénoïde changent; l'extrémité supérieure de l'humérus paraît remontée en avant et en haut jusqu'au-dessous de la clavicule. Il y a un raccourcissement notable.

---

(1) Lobstein, loc. cit.

Si l'affection ne se termine pas par la production d'une ankylose, des altérations plus graves peuvent se produire. La tête de l'humérus, le col de l'omoplate, les côtes elles-mêmes, peuvent être prises de carie. La tête de l'humérus est souvent détruite en partie ou en totalité, d'autres fois elle est séparée du corps de cet os. L'extrémité humérale peut être seule affectée et la cavité scapulaire rester à peu près saine. Dans tous les cas, les parties molles circonvoisines sont plus ou moins altérées ou détruites.

Tumeur blanche de l'articulation du coude.

Voici quels en sont les caractères : douleur « aiguë et brûlante » (1), revenant à des intervalles plus ou moins irréguliers; flexion du coude, pronation de l'avant-bras et repos forcé du membre. Gonflement des extrémitées osseuses, plus marqué sur les parties latérales de l'articulation, particulièrement du côté interne, déformations, apparence de luxation, surtout chez les enfants, de l'extrémité supérieure du radius en arrière. Destruction des surfaces osseuses et des parties voisines de l'articulation.

Tumeur blanche des petites articulations du pied et de la main.

M.-A. Séverin leur a donné le nom de *pédarthro-*

(1) Lobstein, ibid.

cace, et on les a confondues trop souvent avec le véritable spina ventosa, qui est une affection tout à fait distincte et que nous décrivons plus loin.

Cette affection est, pour ainsi dire, propre aux enfants ; on ne l'observe que rarement chez les adultes.

Elle siége le plus souvent sur l'articulation de la première avec la seconde phalange des doigts de la main. La tumeur occupe toute la circonférence de la jointure. D'abord petite, elle s'accroît insensiblement jusqu'à ce qu'elle écarte les doigts voisins. On a comparé la forme que présente le doigt ainsi gonflé à celle d'un fuseau ou d'une pomme de terre longue. La peau dans les commencements ne présente pas de changement de couleur. La douleur est très-peu marquée, lourde, souvent nulle. L'articulation cependant perd ses mouvements, l'extrémité du doigt s'atrophie, la tumeur est dure et ne fait que des progrès très-lents; elle acquiert souvent le volume d'un œuf de pigeon, elle peut rester à peu près stationnaire pendant deux ou trois ans; des tumeurs semblables se développent sur l'autre main ou sur un pied. Habituellement la tumeur finit par s'enflammer, se ramollir, s'ulcérer, et après un temps plus ou moins long un séquestre se détache du reste de l'os. Tantôt ce sont des portions de phalanges, tantôt des phalanges tout entières qui s'isolent ainsi des parties environnantes. Les phalanges qui restent se rapprochent, le doigt se raccourcit et reste roide, et l'ulcération se cicatrise.

Ces séquestres sont souvent produits par une infiltration tuberculeuse, mais quelquefois aussi par une simple infiltration purulente.

Ces lésions, qui existent le plus souvent au voisinage des articulations, peuvent siéger dans la continuité des os de la main et du pied, à quelques distance des surfaces articulaires, dans les métacarpiens et les métatarsiens, par exemple. Ces cas rentrent alors dans les affections que nous allons maintenant décrire sous le nom de *caries scrofuleuses*.

Carie vertébrale

(Mal de Pott) (1).

Le début de cette affection suit quelquefois l'action d'une cause occasionnelle, d'un coup, d'une chute sur l'épine dorsale. La masturbation paraît souvent en déterminer le développement chez les jeunes gens scrofuleux.

L'affection s'annonce par une douleur fixe sur un point de la colonne vertébrale. On prend quelquefois cette douleur pour rhumatismale; elle augmente dans la station prolongée, et par la marche. La compression de l'épine est un peu douloureuse; elle ne l'est pas toujours. La douleur ne paraît sou-

---

(1) Pott n'a décrit que la variété de cette affection où il y a gibbosité et paralysie des extrémités inférieures.

vent accompagnée d'aucune altération grave dans la santé du malade. Dans certains cas, cependant, son teint devient pâle et jaunâtre ; mais il ne survient aucun trouble notable dans les fonctions. L'habitude extérieure exprime seulement, d'une manière vague, la souffrance, ne fût-ce que par la démarche embarrassée, la pâleur légère et l'expression mélancolique de la physionomie.

Après un temps plus ou moins long, il se manifeste, dans le voisinage du rachis ou dans un point éloigné, une tumeur due à un abcès par congestion, ou bien il se produit une courbure angulaire de l'épine : ces deux symptômes peuvent exister simultanément ; enfin, surviennent des douleurs, des fourmillements, des engourdissements dans les membres, qui finissent par se paralyser d'une manière plus ou moins complète. La paralysie n'est, du reste, pas constante ; il en est de même de la courbure de l'épine et des abcès par congestion. Ces trois altérations peuvent exister en même temps ou isolément.

Du reste, les symptômes de la carie vertébrale varient suivant la région qu'elle occupe, ainsi que nous allons le voir.

I. Voici ce qu'on observe plus particulièrement quand le mal affecte la région dorsale.

« Quelquefois, avant toute déformation de la colonne vertébrale, le malade ressent des pincements dans les cuisses, de la faiblesse dans les extrémités inférieures, un sentiment de gêne à la région de l'es-

tomac et au bas de la poitrine, un sentiment de constriction qui rend la respiration pénible. Les douleurs, quand elles sont déclarées, sont toujours médiocres et n'augmentent pas par la pression de la partie saillante de l'épine. Cependant la déformation augmente, la partie supérieure du tronc est déjetée de plus en plus en avant, et le coucher, la station, la marche, deviennent remarquables et caractéristiques; le décubitus a lieu de plus en plus sur les côtés; dans la station, les jambes sont légèrement fléchies, le cou fortement étendu et la face tournée en haut, de sorte que la nuque repose entre les épaules, que ces dernières paraissent plus élevées et la région cervicale plus courte. Ces derniers phénomènes sont remarquables, surtout quand la déformation de l'épine occupe la région dorsale et dans un point élevé. Dans la progression, les extrémités inférieures se déplacent suivant des lignes plus rapprochées. en sorte que le corps est moins ballotté de l'une à l'autre; les mouvements s'opèrent avec lenteur et précaution; le tronc n'est point équilibré par le balancement alternatif des extrémités supérieures, ces membres restent parallèles au tronc. A une époque plus avancée, et lorsque la déformation est plus considérable, le malade appuie les mains sur le haut des cuisses, en sorte que les extrémités supérieures prêtent un point d'appui à la partie supérieure du tronc et le soutiennent en devant. Les malades évitent les occasions d'augmenter la flexion du tronc en avant pour s'asseoir; ils appuient les

deux mains sur les cuisses, et la flexion a lieu seulement dans les articulations iléo-fémorales ; pour ramasser quelque chose à terre, ils écartent les extrémités inférieures, fléchissent les jambes et les cuisses, soutiennent le haut du tronc en appuyant une main sur la face antérieure de la cuisse correspondante, et saisissent l'objet de l'autre, à côté d'eux ou entre leurs genoux, mais jamais devant eux; la faiblesse des extrémités inférieures augmente; leur élévation alternative dans la progression n'a lieu que d'une manière incomplète; la pointe du pied reste basse, les malades bronchent et tombent sans qu'il y ait d'obstacle sous leurs pas ; les jambes se croisent et s'embarrassent en marchant; bientôt ils ne peuvent se tenir debout sans un secours étranger. Enfin, la marche et la station deviennent impossibles. » (Boyer.)

Les symptômes précédents s'appliquent plus particulièrement, comme nous l'avons dit, aux caries de la région dorsale.

II. Quand l'affection siége à la région cervicale sur les premières vertèbres, elle présente des caractères particuliers (1).

La marche, les secousses produisent un retentissement douloureux vers la région affectée; les douleurs peuvent s'irradier aux parties voisines : le malade, quand il se meut, est souvent obligé de

---

(1) Voy: M. A. Bérard, thèse de concours.

maintenir sa tête immobile ; celle-ci finit par s'incliner d'une manière fixe et constante en arrière, en avant ou sur les côtés ; quelquefois, dans les mouvements imprimés à la tête, on perçoit une sensation, un bruit de crépitation.

Le plus communément, il se forme une tumeur dans le fond du pharynx ou en arrière, à la nuque, due soit à un abcès, soit à la saillie des vertèbres tuméfiées ou déplacées. Si la tumeur s'est formée antérieurement, la déglutition est difficile, le voile du palais déprimé, la mâchoire repoussée en avant, la langue pressée contre les dents ; la voix s'altère, la respiration est très-gênée ; à une période plus avancée, la tête n'est plus mobile, elle semble faire corps avec le rachis, les yeux seuls se meuvent vers les objets qui fixent l'attention du malade.

Des douleurs se font sentir dans les membres, dans les supérieurs, puis dans les inférieurs, qui s'engourdissent peu à peu. La tête, fixe dans les premiers temps, et comme rentrée entre les deux épaules, n'est plus convenablement soutenue et présente parfois une mobilité extrême. Enfin, les symptômes précédents deviennent de plus en plus graves : la dyspnée augmente, la paralysie s'étend aux membres inférieurs.

III. A la région lombaire, les incurvations de la colonne sont plus rares qu'à la région dorsale, et il se forme plutôt des abcès par congestion. Les tumeurs qui en résultent peuvent se porter en arrière ou sur les côtés de l'épine ; mais le plus souvent elles

s'étendent et s'allongent dans la cavité abdominale, sortent sous le ligament de Fallope et vont faire saillie à la partie interne et antérieure de la cuisse, ou bien, mais plus rarement, se portent à la marge de l'anus.

Dans certains cas, on ne peut constater pendant la vie ni abcès par congestion, ni incurvation de la colonne vertébrale, et le mal de Pott ne se trahit que par une paralysie plus ou moins lente des extrémités inférieures, avec ou sans douleurs du côté du rachis, et par les symptômes généraux de la cachexie scrofuleuse.

Quel que soit le siége de l'affection, sa marche est ordinairement très-lente et sa durée fort longue. Dans le cours d'une ou de plusieurs années, on observe souvent des intervalles pendant lesquels l'affection paraît rester stationnaire, et même l'état du malade semble s'améliorer.

Dans quelques cas rares, la carie vertébrale est susceptible de guérison. On a quelquefois observé cette heureuse terminaison chez des individus qui présentaient déjà une gibbosité très-marquée. On a vu aussi des abcès par congestion paraître se résorber, et la tumeur qu'ils formaient disparaître. Quelques malades ont aussi guéri après avoir longtemps présenté une fistule dans le voisinage de l'affection, le produit morbide ayant pu être évacué par cette voie, et la cicatrisation des os s'opérer.

Mais le plus souvent, après un temps plus ou moins long, les symptômes augmentant toujours

d'intensité, la paralysie faisant des progrès continuels, il survient des alternatives de constipation et de diarrhée, les parties exposées à la compression par l'effet du décubitus prolongé s'ulcèrent, des eschares se forment, s'agrandissent, la fièvre et le dévoiement consument le malade, et la mort ne tarde pas à survenir.

D'autres affections, les affections tuberculeuses en particulier, peuvent se manifester quelque temps avant la mort, laquelle est souvent ainsi déterminée par les accidents ultimes (pleurésie, etc.), que nous avons vus caractériser la cachexie scrofuleuse.

S'il y a un abcès par congestion et qu'il ait été ouvert artificiellement, l'inflammation du kyste et l'altération du liquide qui y est contenu et exhalé, rendent souvent plus rapide cette funeste terminaison.

Enfin, dans quelques cas, on a vu les malades succomber dans des convulsions tétaniques dues à l'inflammation des enveloppes de la moelle (1).

Lésions. — Boyer, Lobstein, divisent la carie des vertèbres en deux variétés, l'une superficielle, et l'autre profonde. Nous verrons, à propos des lésions, que ces distinctions répondent bien à quelques différences réelles, mais insuffisantes pour établir des variétés. Selon Boyer, la carie superficielle serait

---

(1) Voyez l'observation d'un enfant mort de tétanos, suivant Lobstein (*Anat. pathol.*).

seule accompagnée d'abcès par congestion ; la carie profonde déterminerait, au contraire, l'incurvation de la colonne et la paralysie des extrémités inférieures. La vérité est qu'il peut y avoir aussi bien dans un cas que dans l'autre des abcès par congestion, des kystes tuberculeux, mais que le plus souvent ces derniers s'étendent moins loin dans la carie profonde. Quoi qu'il en soit, ces différences tiennent plutôt à la région de la colonne vertébrale que l'affection occupe, qu'au siége plus ou moins profond de la carie. Ainsi, à la région dorsale, la courbure anguleuse est beaucoup plus fréquente qu'aux autres régions, et l'extension au loin des kystes tuberculeux plus rare, mais néanmoins possible.

La carie vertébrale peut se rencontrer à toutes les vertèbres ; quelquefois une seule est affectée ; ordinairement deux ou trois le sont simultanément au même degré ou à des degrés divers. C'est le plus souvent le corps des vertèbres qui est le siége du mal. On l'observe aussi aux apophyses, surtout aux apophyses transverses, et dans ce cas l'altération peut s'étendre à la tête des côtes, de même qu'elle peut s'étendre aux condyles de l'occipital quand la carie affecte les premières cervicales (atlas ou axis) (1).

---

(1) Dans ce cas, ce sont ordinairement les masses latérales qui sont altérées ; de plus, les articulations de ces vertèbres participent aux désordres. De là des déformations plus ou moins marquées, des déplacements, des soudures partielles ; la destruction des ligaments, de l'apophyse odontoïde elle-même, etc.

La carie du rachis peut présenter toutes les variétés de la carie scrofuleuse (voyez plus loin, à l'article *Lésions de la scrofule*). Quelquefois on n'observe que de la *carie proprement dite*, de la *carie simple* (injection sanguine, coloration rouge ou lie de vin, raréfaction, ramollissement de l'os, infiltration purulente, friabilité); mais le plus souvent les désordres sont dus à des transformations tuberculeuses.

Les tubercules du rachis, comme partout ailleurs, sont collectés ou diffus, réunis en masses ou à l'état d'infiltration. Les destructions qu'ils produisent varient suivant qu'ils attestent l'un ou l'autre de ces deux états.

Dans le premier cas, un ou plusieurs tubercules se forment dans l'épaisseur d'un corps de vertèbre. S'il n'y en a qu'un seul, il grossit peu à peu; s'il y en a plusieurs, ils se réunissent, et, au bout d'un temps plus ou moins long, forment une masse qui finit par se ramollir; la transformation et la destruction du tissu osseux gagne de proche en proche. Mais le tissu environnant est ordinairement sain et comme coupé à pic au niveau de l'excavation qui s'est formée. On observe souvent, aux limites de cette excavation et aux faces antérieures et latérales du corps, des lames osseuses de nouvelle formation, des jetées, des prolongements stalactiformes; le ligament vertébral antérieur est quelquefois ossifié. Bientôt la masse tuberculeuse n'est plus contenue dans la vertèbre affectée; elle s'est fait jour du côté

de la cavité abdominale ou d'un autre côté, et va constituer une de ces poches dites abcès par congestion (sur lesquelles nous reviendrons d'une manière toute spéciale) dont l'étendue est plus ou moins considérable. Il en résulte souvent une vaste excavation multiloculaire pleine de matière tuberculeuse demi-liquide, qui communique, d'une part, avec les cavités creusées dans une ou dans plusieurs vertèbres, et d'autre part, assez souvent avec des cavernes pulmonaires, des ganglions bronchiques ramollis, et des portions de côtes cariées.

On comprend facilement, dès lors, que la perte de substance et l'excavation creusée dans le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, entraînent des désordres consécutifs. La colonne réduite, dans les parties affectées, à une espèce de coque osseuse, ne peut plus soutenir le poids des parties qu'elle doit supporter. Il s'y produit alors un affaissement lent et progressif et quelquefois subit. Le corps des vertèbres malades étant détruit en totalité ou en partie, leur anneau postérieur restant intact, les corps des vertèbres saines se rapprochent, et, de ce mouvement de bascule, il résulte une inclinaison anguleuse, une gibbosité plus ou moins marquée. Quand cette inclinaison s'est faite brusquement, il peut y avoir eu fracture de quelques portions d'os non altérées, mais trop faibles pour résister au poids qui les charge.

Dans quelques circonstances rares, il se forme entre les parties ainsi rapprochées une véritable

cicatrice. C'est là la terminaison la plus heureuse de l'affection qui nous occupe. Mais le plus ordinairement la destruction va toujours en s'accroissant jusqu'à la mort du malade.

Infiltration tuberculeuse. — L'infiltration tuberculeuse des vertèbres présente la même évolution que dans les autres os; elle passe de l'état d'infiltration grise à celui d'infiltration jaune. Il est rare qu'elle affecte une seule vertèbre; cinq ou six en sont ordinairement le siége, et sinon dans toute l'étendue de leur corps, du moins dans une grande partie et surtout à la partie antérieure où elles sont presque toujours dénudées, séparées du grand ligament antérieur par une collection plus ou moins considérable de matière tuberculeuse ramollie ou même de pus. On observe très-rarement dans cette forme des végétations osseuses (1). Quand l'infiltration est arrivée au second degré de son évolution, le tissu osseux est d'un jaune grisâtre, semble abreuvé de pus et paraît d'une dureté plus considérable. Des abcès par congestion peuvent se former, mais ils sont plus rares (Nélaton) que dans le cas de tubercules collectés. S'il survient une gibbosité, elle se produit plus lentement et d'une manière un peu différente.

On trouve assez souvent les fibro-cartilages dé-

(1) Voyez l'excellente description qu'a donnée de ces lésions M. le docteur Nélaton, dans sa thèse inaugurale.

truits ; bien que leur destruction soit ordinairement secondaire et soit produite par l'altération des corps, elle peut paraître plus avancée que cette dernière. Aussi ayant observé fréquemment la disparition complète d'un ou de plusieurs disques, on a dit qu'ils étaient le point de départ de l'affection, ce qui est une erreur.

Si on suit l'évolution des lésions, on trouvera fréquemment l'infiltration grise des corps sans altération du fibro-cartilage correspondant; mais l'infiltration jaune ou puriforme, si elle est parvenue aux limites du cartilage, est toujours accompagnée de son altération. Le disque n'est même jamais altéré dans sa structure que dans cette circonstance, suivant M. Nélaton. Mais quand même cette lésion primitive des cartilages se rencontrerait dans quelques cas rares (1), on ne pourrait nier que, le plus souvent, leur ramollissement, leur destruction ne fût la conséquence de l'altération du tissu osseux et de l'oblitération, de la destruction des vaisseaux qui de ce dernier se rendent dans le fibro-cartilage. Si un corps de vertèbre n'est infiltré de tubercules que dans une certaine étendue, le fibro-cartilage correspondant n'est altéré que dans une étendue correspondante et dans les mêmes limites. Les disques une fois privés de leurs communications vasculaires, ramollis, détruits par la fonte purulente, les

(1) On n'a trouvé que très-rarement des tubercules dans les disques intervertébraux, mais enfin on en a trouvé.

corps mis en contact s'usent, selon M. Nélaton. La forme de coin qu'ils présentent et la poussière osseuse qui se trouve mêlée au liquide du foyer lui font attribuer cette usure au frottement des surfaces osseuses dénudées.

Pour nous, nous pensons que cette explication un peu mécanique ne rend pas aussi bien compte du phénomène en question, que le ramollissement, la fonte purulente qui environne les séquestres et les détache souvent par fragments très-menus.

Pour compléter ce que nous venons de dire sur les tranformations tuberculeuses des vertèbres, il importe d'indiquer quelles sont les lésions auxquelles correspond la paralysie observée dans le mal de Pott.

Il peut se faire que les destructions soient telles que, les parois osseuses du canal médullaire ayant disparu au voisinage de l'affection, la masse tuberculeuse se trouve en contact (1) avec les enveloppes de la moelle, adhère et comprime cette dernière. Souvent il n'y a qu'une simple compression (2), d'autres fois ce contact peut déterminer une inflammation des membranes et de la moelle elle-même.

La compression de la moelle peut encore être

---

(1) Dans certains cas elle l'environne complétement, mais elle en est toujours séparée par une fausse membrane organisée, adhérente aux enveloppes rachidiennes.

(2) Alors il peut n'y avoir pas d'altération apparente de la moelle, ou bien elle est ramollie et comme pulpeuse.

produite dans l'affaissement et l'incurvation subite ou graduelle de la colonne par le contact d'une portion de vertèbre, déplacée de manière à rétrécir le canal médullaire.

Abcès par congestion.

Les tumeurs dites *abcès par congestion* sont des kystes résultant de la carie tuberculeuse des os, et qui vont se porter plus ou moins loin du siége primitif du mal.

Quel qu'en soit le siége, ils présentent des caractères communs.

Le plus souvent le malade éprouve, avant l'apparition de la tumeur, une douleur sourde, obscure et continue dans le voisinage de l'os affecté.

Puis, après un temps ordinairement assez long, il se manifeste une tumeur dans un point plus ou moins éloigné. Cette tumeur augmente peu à peu; quelquefois on ne s'aperçoit de son existence que lorsqu'elle a déjà un volume assez considérable. Elle est indolente, sans changement de couleur à la peau, tout d'abord fluctuante, « molle ou dure, suivant qu'elle est placée sous la peau ou sous une aponévrose épaisse. Cette tumeur présente dans toute son étendue une fluctuation plus ou moins distincte, suivant que le foyer est situé superficiellement ou profondément. Lorsqu'on la comprime, elle se déplace et soulève quelqu'une des parties environnantes » (Boyer). Elle peut présenter des alterna-

tives de tension et de flaccidité suivant certaines conditions, telles que la position horizontale ou verticale du malade, etc.

Dans certains cas, la tumeur peut rester ignorée ou du moins ne se point manifester à l'extérieur, par exemple si elle siége dans un médiastin, dans le tissu sous-pleural, ou si elle reste renfermée dans la cavité abdominale.

Une fois formé, l'abcès par congestion augmente ordinairement de volume, mais avec une assez grande lenteur. Après un temps plus ou moins long, des mois, des années, pendant lesquels il est resté souvent stationnaire, la peau rougit dans un point, s'enflamme, se soulève, se ramollit, s'ouvre et donne issue à une quantité de liquide plus considérable que ne semble le comporter l'étendue de la tumeur. Ce liquide est grisâtre ou jaunâtre, quelquefois assez consistant, épais, crémeux, d'autres fois il est séreux, mal lié, contenant des flocons albumineux.

Que l'ouverture de la tumeur soit naturelle ou qu'elle soit artificielle, le kyste ne tarde pas à s'enflammer, le liquide qu'il contient et qui en sort en partie, devient plus séreux, de couleur roussâtre, d'une odeur fétide.

L'état général du malade, qui jusque-là ne présentait rien de bien remarquable, si ce n'est de la pâleur et de l'affaiblissement, s'altère d'une manière sensible; il survient un mouvement fébrile avec frissons marqués, diminution notable des forces, diarrhée colliquative. Les malades peuvent

succomber aux phénomènes ultimes de la cachexie scrofuleuse; assez souvent il survient une pneumonie ou une pleurésie qui détermine la mort. D'autres fois cette terminaison funeste est la suite de l'épuisement causé par la suppuration, ou des accidents qui suivent souvent l'ouverture artificielle de la tumeur, tels que l'inflammation des parois du kyste.

Quelquefois les abcès par congestion à la suite de leur ouverture naturelle ou artificielle se referment; les trajets fistuleux qui s'y rendent se cicatrisent et la guérison paraît s'être opérée; mais bientôt la tumeur se rouvre : assez souvent, de pareilles alternatives se renouvellent plusieurs fois.

Enfin, dans quelques cas très-rares où l'affection primitive à laquelle se rattache l'abcès par congestion s'est terminée par la guérison, cette tumeur elle-même peut disparaître après la résorption ou l'évacuation du liquide.

On comprend toute la variété qui doit résulter dans les symptômes des abcès par congestion de la différence de leur siége et aussi du trouble des fonctions de la partie affectée.

Les abcès par congestion les plus communs sont ceux qui dépendent d'une carie de la colonne vertébrale; suivant la région affectée, ils présentent quelques différences à la région lombaire et à la fin de la région dorsale; ils descendent ordinairement dans la cavité abdominale en suivant la gaîne des muscles psoas, gagnent la région iliaque, passent

sous le ligament de Fallope, viennent faire saillie dans l'aine ou à la partie supérieure de la cuisse, et constituent une tumeur plus ou moins volumineuse, dont les caractères que nous avons donnés plus haut sont décrits ordinairement comme type des abcès par congestion. Il est souvent facile de reconnaître que ces tumeurs de l'aine viennent de plus haut et communiquent avec la cavité abdominale, par le déplacement du liquide et une sorte de flux et de reflux produits par une pression alternativement exercée sur la région iliaque et sur les parties les plus déclives du kyste. Dans quelques cas, il suffit que le malade se mette dans la position horizontale pour que la umeur diminue ou même disparaisse.

Dans la carie dorsale, c'est habituellement sur les côtés de la colonne que siégent les tumeurs, qui peuvent ainsi ne pas faire saillie à l'extérieur; quelquefois on les voit cependant sortir du thorax, s'allonger dans le fond des gouttières vertébrales, de manière à en occuper dans certains cas presque toute l'étendue, ou bien s'élargir sur ces gouttières, traverser les muscles de la région et apparaître sous la peau.

Au voisinage du sacrum, les abcès par congestion font sur les gouttières de cet os des saillies plus ou moins considérables et peuvent gagner les ouvertures inférieures du bassin.

Dans la carie du col, la collection se fait souvent en arrière du pharynx, qu'elle repousse en avant,

d'où résultent, comme nous l'avons vu plus haut, de la gêne dans la déglutition, parfois aussi la saillie en avant de la mâchoire inférieure, un timbre particulier de la voix, qui devient nasillarde, quelquefois même de la difficulté dans la respiration, etc. etc.

A ces phénomènes peuvent se joindre, dans tous les abcès par congestion du rachis, comme nous l'avons vu à propos de la carie vertébrale, les symptômes résultant de la compression, de l'inflammation, de la destruction des enveloppes de la moelle et de la moelle elle même.

Les abcès par congestion du sternum, suivant qu'ils se forment sur sa face antérieure ou sur sa face postérieure, siégent sous la peau ou dans le médiastin antérieur.

Ceux des côtes suivent les trajets les plus bizarres sous les plèvres.

Lésions. — Les abcès par congestion sont constitués par l'accumulation de matière tuberculeuse dans un kyste qui s'accroît, se distend, et chemine dans les interstices cellulaires, de manière à se porter souvent à des distances considérables de son point d'origine.

Dans les premiers temps, le kyste tuberculeux est très-peu volumineux. C'est une poche simplement accolée au tissu affecté, et formant une des parois de l'excavation et du foyer tuberculeux. Elle se confond, au début, avec le périoste décollé et le tissu

ligamenteux qui environne l'os malade ; puis peu à peu cette lame fibreuse se détache et s'éloigne de ce dernier, elle s'épaissit en s'agrandissant et constitue bientôt un kyste cellulo-fibreux qui, suivant l'excellente description qu'en a donnée M. Nélaton, « est semblable à une fiole dont le goulot serait exactement adapté au pourtour de la perforation du tissu osseux, reçoit toute la matière tuberculeuse et prévient sa diffusion dans le tissu cellulaire. On ne saurait mieux faire comprendre l'aspect que présentent ces kystes ainsi suspendus aux os par leur pédicule, qu'en les comparant pour la forme à de grosses sangsues gorgées de sang, attachées à la surface de la peau par leur suçoir. »

Les abcès par congestion suivent dans leur marche les interstices des muscles, ceux des cônes celluleux qui environnent les vaisseaux, la direction des aponévroses, et contractent souvent une disposition en chapelets qui est en rapport avec la série des dilatations et des resserrements par laquelle ils ont passé. M. Nélaton s'exprime ainsi : « Il n'est pas très-rare de voir de ces poches tuberculeuses qui, partant de la région dorsale, descendent jusqu'au petit trochanter, où elles s'arrêtent au niveau de l'insertion des muscles psoas et iliaque. Elles présentent alors des resserrements et des dilatations alternatifs, selon qu'elles sont plus ou moins comprimées par les parties voisines. Quelquefois lorsque la formation tuberculeuse se fait avec lenteur, et surtout lorsqu'elle est suspendue, ces resserre-

ments deviennent de plus en plus prononcés; le canal qui les traversait se rétrécit de plus en plus et finit par s'oblitérer complétement, de manière à isoler une portion du foyer de son point d'origine. On pourrait croire alors que cette masse tuberculeuse a toujours été indépendante de l'affection du tissus osseux, mais il est presque toujours facile de se convaincre du contraire. Dans tous les cas analogues que j'ai examinés, j'ai toujours trouvé ces masses tuberculeuses suspendues au foyer principal par un cordon fibreux qui remplace le canal de communication qui les unissait » (1).

Telle est l'évolution la plus commune des abcès par congestion. Certains accidents peuvent la compliquer, comme l'inflammation et la perforation de quelque partie du kyste, l'épanchement du liquide dans les parties environnantes. Ces désordres peuvent en amener d'autres, tels que la fonte purulente des organes voisins. C'est ainsi que se produisent les abcès de la fosse iliaque, avec destruction du muscle psoas, complication assez fréquente de l'affection qui nous occupe.

Dans certains cas, il se forme au voisinage des kystes d'autres productions tuberculeuses qui, en se ramollissant, s'y ouvrent, et il résulte de ces communications que les abcès par congestion af-

---

(1) Thèse inaugurale, 1836; 12e vol. des Thèses de la Faculté.

fectent assez fréquemment une disposition multiloculaire.

Ces collections tuberculeuses peuvent, dans quelques cas rares, être complétement résorbées, ou bien être naturellement ou artificiellement évacuées, ou enfin se perpétuer, pour ainsi dire, par la formation de nouveaux tubercules, dans l'excavation osseuse, le voisinage du foyer, ou les parois mêmes du kyste.

Carie du sternum.

Cette affection est très-fréquente. Elle peut occuper un point seulement du sternum ou sa presque totalité, siéger indifféremment sur l'une ou l'autre de ses faces, ou dans son épaisseur, et s'étendre même aux côtes voisines; mais on l'observe le plus souvent à la moitié supérieure de l'os, à la réunion de la première avec la seconde pièce. « Elle est due, dit Lobstein, à des tubercules scrofuleux qui se développent dans la substance spongieuse de l'os, parcourent les divers degrés de dégénérescence qui leur sont propres, et finissent par entamer le périoste ligamenteux et aponévrotique qui tapisse les deux faces de cet os (1); mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Comme toutes les affections analogues, la carie du sternum peut présenter toutes les variétés de la carie scrofuleuse. Nous ne parle-

(1) Lobstein, *Anat. pathol.*, t. 2, p. 185.

rons ici que des symptômes propres au siége qu'elle affecte. Si la carie est peu considérable et superficielle, elle détermine une ou plusieurs ouvertures fistuleuses à la partie antérieure du thorax, et ne présente rien de bien remarquable.

« Dans tous les cas (1) où l'affection a une grande étendue, il se forme des collections purulentes derrière le sternum; les parties molles, dit Boyer, qui recouvrent la face postérieure de cet os s'en séparent; les plèvres sont portées à une certaine distance, s'épaississent par l'inflammation, acquièrent même quelquefois avec le temps la solidité des cartilages ou même des os, et forment ainsi une sorte de plastron dont la solidité remplace le sternum dans ses fonctions. De cette disposition il résulte derrière l'os malade une cavité dont une paroi est formée par ce dernier, tandis que la paroi opposée est formée par les plèvres et le médiastin réunis, épaissis, rendus plus compactes, et dont la circonférence est adhérente aux limites de la carie; en sorte que, malgré les apparences, il n'y a aucune communication avec la cavité des plèvres, et que le pus qui séjourne le plus souvent derrière l'os affecté n'est en contact ni avec le poumon, ni avec

(1) La carie du sternum est presque toujours compliquée de nécrose d'une portion de l'os. (Jules Cloquet, *Dict. de méd.*, art. Carie.) Il se forme alors souvent des abcès dans la région sternale de la poitrine, et le pus s'accumule dans le médiastin.

tout autre organe contenu dans la poitrine » (Boyer) (1).

On observe assez souvent des prolongements stalactiformes, des productions osseuses de nouvelle formation, passant d'une pièce à l'autre dans les points affectés, et paraissant destinées à empêcher la séparation de ces pièces, dont une portion plus ou moins considérable est souvent à l'état de séquestre. La présence d'un ou de plusieurs séquestres enclavés dans les parties saines de l'os peut entretenir le mal et lui donner plus de gravité à cause de la suppuration abondante qu'ils occasionnent et qui s'amasse souvent, ainsi que nous l'avons vu, derrière la tumeur. C'est dans ces cas ordinairement que la sonde, introduite par les ouvertures fistuleuses qui se sont formées, pénètre profondément, et que le changement de position et les efforts d'expiration donnent lieu à l'issue d'une plus ou moins grande quantité de matière purulente.

Quand l'affection consiste surtout dans une trans-

---

(1) 2e édit., t. 3, p. 524.

Il ajoute : « Cependant il arrive quelquefois qu'en même temps que l'os est atteint de carie, l'une ou l'autre plèvre ou toutes les deux ensemble, quelquefois même le péricarde, sont frappés de mortification ou seulement ulcérés, et que ces membranes sont détruites dans une certaine étendue. Dans les cas de cette nature, qui sont fort rares, mais dont on a des exemples, le cœur peut être mis à nu et ses mouvements peuvent être observés. »

formation tuberculeuse, la matière tuberculeuse ramollie se collecte bientôt en avant sous le périoste soulevé. Un kyste se forme, véritable abcès par congestion. On observe alors une tumeur plus ou moins considérable, ordinairement assez limitée, qui soulève la peau et qui, dans certains cas même, est placée de telle sorte qu'elle transmet les pulsations de l'aorte. La collection se ramollit de plus en plus, et la tumeur finit par s'ouvrir par un ou plusieurs conduits fistuleux.

Le kyste tuberculeux, au lieu de s'accroître en avant, peut se développer en arrière, du côté de la cavité thoracique.

Dans certains cas rares, l'affection s'est guérie d'elle-même, soit par suite de la fonte tuberculeuse, de l'évacuation de la cavité formée, soit par suite de la sortie des séquestres, s'il s'en est produit, et par le mode de cicatrisation commun à toutes les affections analogues des os.

Carie des côtes.

La carie peut affecter la partie postérieure, la partie moyenne ou la partie antérieure des côtes. Dans le premier cas, elle accompagne souvent la carie superficielle des vertèbres, et dans le second, celle du sternum. Lorsqu'elle survient dans un point de la longueur des côtes, si elle se borne à la face externe de l'os et qu'elle ne s'étende pas profondément, elle détermine une ou plusieurs ou-

vertures fistuleuses qui aboutissent au point malade ; mais, lorsque la lésion est plus profonde et qu'elle comprend l'épaisseur d'une ou de plusieurs côtes, il existe en même temps une collection purulente entre la plèvre costale et la paroi osseuse. On voit combien cette affection a de rapport avec la carie du sternum.

Carie du rocher

(Otorrhée, catarrhe chronique de l'oreille, otite chronique purulente, etc.).

C'est une affection assez fréquente dans le cours de la scrofule. « Les individus d'un tempérament lymphatique, dit le professeur Lallemand (1), disposés aux engorgements et aux abcès froids, ou stigmatisés par des cicatrices scrofuleuses, tourmentés par des engelures, exposés pour la moindre cause aux catarrhes de toute espèce, ou bien habituellement affectés d'éruptions cutanées, comme dartres, teignes, croûtes laiteuses, tous les individus qui présentent ces dispositions, sont éminemment exposés aux otorrhées les plus tenaces et les plus dangereuses (2).

---

(1) *Lettres sur l'encéphale,* t. 2, p. 206 ; 1823.

(2) Cette dénomination d'*otorrhée* ne devrait s'appliquer qu'au catarrhe du conduit auditif. C'est une autre affection scrofuleuse distincte de la carie du rocher, et beaucoup moins grave. Voyez plus loin.

Symptômes. — Cette affection ne débute pas d'une manière brusque, comme le disent presque tous les auteurs qui la décrivent et en font une suite de l'otite aiguë. Le plus communément ses commencements sont obscurs, insidieux ; ils s'annoncent quelquefois par des phénomènes si peu marqués, que les malades ne s'en préoccupent pas; ils éprouvent un peu de gêne et d'embarras dans l'oreille, des sifflements, des tintements, des bourdonnements, quelquefois un peu de douleur sourde. Ces symptômes vont cependant en s'augmentant, l'ouïe devient plus dure, et il survient une surdité plus ou moins complète. Après un certain temps, il s'établit par le conduit auditif externe un écoulement chronique, dont nous allons donner les caractères. Il n'est pas très-rare que cet écoulement soit précédé de quelques symptômes plus aigus, une sensation de plénitude, de tension, une douleur vive, des battements dans les oreilles, de l'insomnie, de la fièvre, des vertiges, et dans quelques cas du délire et des convulsions. Mais une fois que le pus, qui, dans ces cas, s'est amassé dans l'oreille interne, s'est frayé une voie à travers la membrane du tympan rompue, les phénomènes diminuent d'intensité, la douleur cesse, et il ne reste que l'écoulement et un degré plus ou moins marqué de surdité.

De quelque manière que se soit établi l'écoulement, il est ordinairement purulent ; plus tard, il devient plus ténu, plus séreux, mélangé de sang.

C'est une sanie puriforme, qui tache en brun plus ou moins foncé les corps sur lesquels elle s'écoule, qui s'accompagne de rougeur, de gonflement, d'excoriations dans le conduit auditif, sur le lobule et le pavillon de l'oreille, et qui charrie assez souvent de petites portions d'os séquestrés (1).

L'écoulement diminue presque toujours sous l'influence de la chaleur, de la sécheresse, et augmente par l'impression d'un froid humide.

Il cesse quelquefois momentanément pour reparaître de nouveau, et ces alternatives peuvent coïncider avec l'apparition ou la cessation d'autres affections scrofuleuses.

Les caries du rocher peuvent déterminer par une autre voie, par la trompe d'Eustache, un écoulement purulent plus rare et plus difficile à reconnaître. De là quelques épiphénomènes, comme sensation d'amertume, haleine fétide, nausées, vomissements de matières purulentes, crachats mêlés de pus et de stries de sang, dégoût de tous les aliments; ce qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Il arrive assez fréquemment que la carie siégeant primitivement dans les cellules mastoïdiennes, ou se propageant à cette partie du temporal, déter-

---

(1) Dans quelques cas, le conduit auditif présente des excroissances fongueuses, assez souvent saignantes au moindre toucher, et qui sont de la même nature que les fongosités qu'on voit se développer à la surface des os cariés.

mine dans cette région des altérations qui peuvent être le seul indice du mal, ou bien se compliquer avec quelques-uns des symptômes décrits précédemment. Le malade éprouve une douleur peu marquée d'abord, puis plus vive, dans la région mastoïdienne. Il s'y manifeste de la tuméfaction, de l'empâtement; un abcès se forme lentement derrière l'oreille; il s'établit un ou plusieurs conduits fistuleux à travers lesquels le stylet introduit pénètre dans les cellules mastoïdiennes.

Le liquide d'une injection poussée dans ces dernières peut revenir par le conduit auditif ou la trompe d'Eustache. La suppuration fournie par la fistule mastoïdienne alterne quelquefois avec celle du conduit auditif.

L'affection dont nous parlons persiste ordinairement pendant un très-long temps sans causer d'accidents graves. Il existe à peine quelques exemples de guérison complète (1), encore ces guérisons peuvent n'être considérées que comme des rémissions dans les symptômes coïncidant ordinairement avec un travail morbide plus grave survenu dans un autre point du corps.

Le plus communément la carie du rocher détermine, au bout d'un certain temps, des accidents très-graves qui surviennent habituellement et qui déterminent la mort.

---

(1) Itard, t. 1, p. 281.

Le malade est pris d'une céphalalgie très intense, de délire, de convulsions, de paralysie; il tombe dans le coma et meurt en très-peu de temps.

Cette terminaison très-fréquente est due, comme nous allons le voir, à la propagation de l'inflammation aux organes contenus dans la cavité crânienne.

Lésions. — Nous ne parlerons pas à propos de cette affection des altérations communes à toutes celles du même genre. Il est bien entendu que la carie peut être simple ou tuberculeuse.

L'affection peut débuter par le tissu osseux ou par l'inflammation de la membrane qui tapisse la caisse du tympan et les conduits dont l'os est creusé, ou bien enfin les lésions se développent simultanément dans le tissu osseux ou dans les cavités.

La carie, suivant qu'elle siége dans tel ou tel point du temporal, détermine des symptômes variés. C'est ainsi que l'ouïe est conservée dans quelques cas, si la caisse du tympan et les ramifications du nerf acoustique sont intactes; c'est ainsi qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'ouverture communiquant avec les cellules mastoïdiennes; que, s'il n'y a pas d'altérations dans le voisinage du nerf facial, on n'observe pas les mouvements convulsifs de la face qui se manifestent dans les circonstances opposées. Enfin les symptômes graves qui dépendent d'une inflammation des méninges et du cerveau ne surviennent que lorsque la carie fait des progrès du côté de l'encéphale.

Dans ce dernier cas, l'inflammation se propage par les couches capillaires de l'intérieur du rocher à la pie-mère et à la substance cérébrale. Une lame osseuse intermédiaire d'une certaine épaisseur sépare souvent les deux foyers d'altérations et ne présente encore aucune modification, bien qu'elle contienne les vaisseaux capillaires qui transmettent l'inflammation. La dure-mère est également intacte, au moins dans les commencements.

Si la mort survient avant que les lésions des organes encéphaliques soient bien avancées, on n'observe qu'une injection inflammatoire plus ou moins marquée et circonscrite de la pie-mère, avec un ramollissement de la substance cérébrale correspondante. Plus tard, il existe une infiltration purulente manifeste. Le pus peut se collecter aussi, et c'est alors qu'on trouve des abcès plus ou moins considérables dans la substance du cerveau et du cervelet. Enfin, si les altérations ont eu le temps de faire de nouveaux progrès, le foyer cérébral et le foyer contenu dans l'épaisseur de l'os tendent à s'agrandir et à se rapprocher; les parties intermédiaires s'enflamment à leur tour, se détruisent, et il s'établit une libre communication entre l'abcès du cerveau et les cavités altérées du temporal. Tel est le mécanisme de ces communications, que Morgagni attribuait à tort à l'ouverture, dans le crâne, d'un foyer purulent du rocher, et qui, suivant Itard, étaient dues à l'évacuation dans la caisse du tympan

d'un abcès primitif de la substance cérébrale (1).

Il ne faudrait pas croire cependant qu'on pût toujours suivre la trace et les communications de l'inflammation. On trouve quelquefois des abcès du cerveau et du cervelet sans altération correspondante des méninges.

Il importe de bien distinguer la carie du rocher, qui s'accompagne presque toujours d'un *écoulement purulent*, du catarrhe simple de l'oreille, dont le siége est le conduit auditif externe et dont le principal symptôme est une *otorrhée muqueuse*. Ce sont là deux affections scrofuleuses distinctes qui peuvent se compliquer quelquefois il est vrai. L'otorrhée précède dans certains cas la carie du rocher, mais elle en diffère complétement, surtout sous le rapport de la gravité.

— Ce que nous avons dit précédemment sur les différentes caries scrofuleuses (et ce que nous en dirons encore à propos des lésions de la scrofule considérée en général) nous dispense d'insister en particulier sur quelques autres caries qui ne présentent rien de remarquable, par exemple la carie du *calcaneum*, de l'os *malaire*, etc.

Quant à ces caries très-fréquentes chez les jeunes sujets scrofuleux, qui siégent sur les os de la main et du pied (*faux spina ventosa*), ce que nous avons dit au sujet des tumeurs blanches des petites arti-

---

(1) Voyez pour plus amples détails la lumineuse discussion de M. le professeur Lallemand (loc. cit.).

culations et de ce qu'on a appelé pédarthrocace, rend inutile toute nouvelle description. Il suffit de savoir que cette affection se guérit assez souvent après la sortie d'un ou de plusieurs séquestres.

Spina ventosa.

Le véritable spina ventosa, trop souvent confondu avec la carie, les exostoses, etc., est une affection toute particulière et qui mérite une description spéciale. C'est aux Arabes que cette affection doit son nom. M.-A. Séverin, J.-L. Petit, n'ont pas peu contribué à l'obscurité qui règne aujourd'hui sur l'histoire de cette altération. Boyer et Béclard en ont donné une idée plus claire (1).

Le spina ventosa est quelquefois précédé de douleurs aiguës analogues à celles qu'est censée devoir produire une épine enfoncée dans la profondeur des parties; d'autres fois il est tout à fait indolent.

Il s'observe plutôt chez les adultes que chez les enfants, et affecte de préférence les os longs et cylindriques, dont il occupe toute la circonférence.

A mesure qu'elle fait des progrès, la tumeur devient inégale, bosselée; la dureté en est assez considérable; mais dans certains points et au bout d'un temps plus ou moins long, la coque osseuse amincie communique à la main qui la presse une sen-

(1) Voyez deux dessins fort curieux de Ruysch (*Resp. super nov. artu. decurt. method. op. omn.* : Amst., 1737). Voyez aussi Daubenton, *Hist. nat. g. et p.*, t. 3.

sation de crépitation. Cette sensation a beaucoup d'analogie avec la crépitation du parchemin.

Parvenue à un volume considérable, la tumeur peut rester stationnaire, et ne produire aucun fâcheux résultat pendant un temps très-long.

Dans d'autres circonstances, des phénomènes inflammatoires surviennent, des ouvertures fistuleuses se forment, la lésion se complique de nouveaux désordres.

Lésion. — Cette affection consiste non pas dans une carie, non pas dans une exostose ou toute autre altération analogue; elle est caractérisée par un produit tout spécial, par l'hypertrophie de la substance médullaire avec raréfaction, amincissement considérable de la partie compacte du cylindre osseux.

Mais la lésion n'est pas toujours aussi simple: elle peut se compliquer de carie dans quelques points; de plus, il peut se faire dans l'intérieur de la tumeur des épanchements sanguins; les caillots s'organisent, un tissu fongueux prend la place de la membrane médullaire indurée, hypertrophiée (1);

---

(1) *Spina ventosa passé à l'état de tumeur fongueuse; tubercules dans le poumon, le rein droit, etc.*

Le 7 août 1841, est entré à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Augustin, n° 5, le nommé Breges (Gabriel), âgé de vingt-deux ans, peintre.

Ce jeune homme était malade depuis le mois de novembre 1840 : avant cette époque, il avait toujours joui d'une

la tumeur perd ses caractères primitifs, et l'on ne retrouve plus au bout d'un certain temps qu'une

assez bonne santé. Son père était, dit-il, mort poitrinaire à l'âge de cinquante ans. Pour lui, il rapporte le commencement de sa maladie à un effort qu'il fit un jour en luttant avec un de ses camarades; il sentit alors un craquement dans la région des reins, et, depuis ce temps, il éprouvait de la douleur dans ce point chaque fois qu'il se baissait.

A son entrée à l'hôpital, il présente au niveau de la région lombaire gauche une tumeur assez volumineuse, indolente à la pression, profonde, non fluctuante. Cette tumeur datait déjà de cinq mois, et son développement lent et progressif ne s'était accompagné dans le principe d'autres phénomènes que de quelques douleurs passagères dans le même point. Deux mois avant l'entrée du malade, les douleurs étaient devenues plus fréquentes et presque continues; elles s'étaient même compliquées d'engourdissements, parfois de soubresauts et d'élancements dans les deux jambes, de la gauche surtout. Dans le point de la colonne vertébrale correspondant à la tumeur, existait une déviation manifeste du rachis qui présentait une légère courbure latérale dont la convexité était à droite, avec saillie des apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres lombaires.

Le malade était, à cette époque, maigre, chétif, et cependant il n'avait eu dans son enfance que des ophthalmies assez fréquentes. Du reste, aucun signe stéthoscopique de tubercules du poumon.

D'après l'état de maigreur du sujet, la présence d'une tumeur dans le voisinage de la colonne vertébrale, et la déviation correspondante du rachis, on crut avoir affaire à une carie tuberculeuse des vertèbres; en conséquence deux cautères furent appliqués, l'iode fut donné à l'intérieur, et le malade fut mis à un régime nourrissant.

masse d'un rouge foncé, à texture caverneuse, dont les anfractuosités et les cellules sont remplies de

---

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora sensiblement, le malade reprit ses forces, il allait et venait dans les salles sans trop de fatigue; les douleurs mêmes parurent avoir un peu diminué dans les jambes et aux lombes, mais la tumeur ne diminua pas. On s'aperçut même, dans les premiers jours d'août, qu'elle avait augmenté de volume, s'était un peu mieux circonscrite, mais présentait toujours au palper la même résistance sans fluctuation. Dans le milieu du mois, l'état général devint moins satisfaisant, il survint de l'anorexie, de la diarrhée, et une vive douleur dans la fosse iliaque gauche. Le malade ne pouvait soulever la cuisse. On constata la présence dans la fosse iliaque d'une nouvelle tumeur qui parut n'être que l'extension de la première, ce qui confirmait encore l'idée qu'on avait d'un abcès par congestion. Les douleurs lombaires diminuèrent un peu, et la tumeur parut même s'être un peu affaissée.

Dans les premiers jours d'octobre, la fluctuation étant devenue évidente en arrière, on y plongea obliquement un bistouri étroit; mais il ne sortit rien autre chose qu'une petite quantité de sang. Quelques jours plus tard, la même exploration ayant été tentée, il ne sortit cette fois encore que quelques gouttes de sang; l'idée d'un anévrysme se présenta, mais fut écartée, faute de raisons suffisantes pour la faire admettre. Quatre cautères furent de nouveau appliqués sur la tumeur.

Le malade dépérit de jour en jour; enfin, dans le commencement de novembre, étant allé seul au bassin, et ayant, dans un effort de défécation, fortement fléchi le tronc sur les cuisses, il sentit quelque chose craquer dans les reins, et tomba immédiatement sans pouvoir se relever, les jambes

sang noir et qu'enveloppe une coque osseuse, mince, fragile, inégale, comme bosselée; cette coque est ren-

---

étant dès ce moment paralysées. Les douleurs étaient atroces; on appliqua grand nombre de sangsues, des topiques laudanisés, l'opium à l'intérieur; les douleurs diminuèrent un peu, mais le mouvement et la sensibilité ne se rétablirent pas.

Des eschares très-étendues se formèrent au niveau du sacrum et des grands trochanters, il survint de la diarrhée, une fièvre continue, et le malade finit par succomber.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort, l'examen nécroscopique fut fait; il existait sur le côté gauche des vertèbres lombaires une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, recouverte par les muscles de la région postérieure du dos. On disséqua ces muscles avec soin, et on arriva facilement jusqu'à la tumeur elle-même, qu'il fut facile d'isoler des parties voisines.

On vit alors qu'elle était obliquement dirigée en bas, en dehors et un peu en avant. Elle adhérait en dedans aux vertèbres. et le kyste qui en formait l'enveloppe semblait se continuer avec le périoste et la couche ligamenteuse de la colonne lombaire. Ce kyste était épais, dur, résistant, incrusté de plaques osseuses, larges, isolées les unes des autres. On produisait un bruit sec et sonore en faisant frapper un corps dur et métallique sur ces plaques, et la main pressant et comprimant le kyste percevait une sensation de crépitation assez analogue à celle qui résulterait du froissement d'un parchemin sec. Une incision ayant été faite, on reconnut que la tumeur était formée d'un tissu aréolaire fongueux, qu'un caillot du volume d'un gros œuf de poule, facile à distinguer et à isoler de la face interne du kyste auquel il adhérait par des brides et des prolongements fibreux formant de larges aréoles, en constituait le noyau; que ce

forcée çà et là par des couches osseuses de nou velle formation.

---

caillot s'était organisé, s'était creusé des vacuoles, et que ces vacuoles, communiquant les unes avec les autres, séparées par des cloisons incomplètes, étaient remplies d'un sang noir et fluide, parfaitement pur du reste, et nullement mélangé avec d'autres liquides. Ce sang s'écoula en totalité sous un filet d'eau, et il ne resta plus que les aréoles vides de la tumeur.

Indépendamment de cette tumeur, on voyait au niveau des vertèbres lombaires, sur le côté gauche desquelles elle existait, une déviation manifeste de la colonne vertébrale, le rachis était affaissé sur lui-même, incliné à gauche; la deuxième vertèbre lombaire paraissait détruite: un trait de scie longitudinal montra que cette apparence était une réalité. A la place de la seconde lombaire existait un espace moins considérable que celui qu'occupait la vertèbre, terminé en haut et en bas par deux disques intervertébraux et rempli par quelques cloisons et aréoles osseuses. Ces aréoles, formées par du tissu osseux raréfié, étaient aussi remplies de sang et communiquaient avec celles de la tumeur; elles offraient avec le tissu de cette dernière une grande analogie; la seule différence consistait dans le plus ou moins de dureté, de résistance des cloisons aréolaires.

Le corps tout entier, lames, apophyses de la seconde vertèbre lombaire étaient détruits et remplacés par quelques loges osseuses dont il vient d'être question. On remarquait en avant du point malade, au niveau du corps de la vertèbre supérieure, une coque osseuse surajoutée, de nouvelle formation, comme destinée à constituer un nouvel os et à réparer le désordre. A la place des lames et de l'apophyse épineuse de la vertèbre détruite, on ne voyait qu'un prolongement du kyste, qu'une espèce de pont membraneux,

Quand le spina ventosa passe à cet état et subit ces transformations, il est beaucoup plus grave que dans le cas où il ne présente que sa lésion primitive et simple, surtout s'il affecte un os qui soit dans le voisinage d'organes importants.

étendu entre la première et la deuxième vertèbre lombaire.

Quant à la moelle et à ses enveloppes, quoique baignées par le sang de la tumeur, quoique environnées, si l'on peut s'exprimer ainsi, par un anneau morbide, elles étaient parfaitement saines, c'est-à-dire qu'il n'y avait aucune altération appréciable dans leur coloration et leur consistance.

Outre la lésion qui vient d'être décrite, il y avait deux ou trois tubercules enkystés, au sommet du poumon gauche; autour d'eux le tissu pulmonaire était parfaitement sain.

Le rein droit présentait une coloration normale, pâle et blanchâtre; le bassinet et quelques calices étaient remplis de matière tuberculeuse, ramollie, de consistance crémeuse.

La vessie en contenait aussi une assez grande quantité.

L'altération pathologique décrite ci-dessus présente ceci de remarquable :

1° Quelle a pu être confondue pendant la vie avec une carie tuberculeuse de la colonne vertébrale, ayant déterminé la formation d'un kyste tuberculeux, d'un abcès par congestion ;

2° Que, malgré la destruction d'une vertèbre tout entière, la moelle et ses enveloppes, entourées par un tissu morbide, sont restées saines ;

3° Que, malgré l'état sain de la moelle et de ses enveloppes, la simple compression a déterminé non-seulement une paralysie complète du sentiment et du mouvement, mais aussi des douleurs vives dans les membres inférieurs.

C'est ainsi, comme nous en donnerons plus loin un exemple, qu'un spina ventosa peut siéger sur la colonne vertébrale, et présenter les caractères d'un abcès par congestion.

Dans des cas semblables, il peut amener la mort.

Mais le plus souvent il persiste presque indéfiniment dans le même état, et peut acquérir des dimensions énormes sans inconvénients bien graves pour le malade; quelquefois cependant il se fait des ulcérations dans certains points et des hémorrhagies peuvent survenir. Enfin, si le spina ventosa est enlevé par une opération chirurgicale, la guérison est ordinairement complète et le même mal ne se reproduit pas.

Nécroses.

Indépendamment des séquestres qui se forment si souvent, ainsi que nous l'avons vu, dans les caries scrofuleuses, on observe des nécroses proprement dites dans la maladie qui nous occupe, par exemple, des nécroses du tibia : c'est alors qu'on observe ces longues et interminables suppurations produites par l'invagination de l'os mortifié dans l'os nouveau.

La nécrose peut siéger sur d'autres os que le tibia, être moins étendue et se terminer heureusement (1).

Mais le plus ordinairement néanmoins, comme elle affecte de préférence les os longs et qu'elle

(1) On l'observe assez souvent aux doigts.

comprend souvent à la fois l'une des extrémités articulaires et la partie correspondante de la diaphyse (1), le travail réparateur ne peut s'achever, ou bien il reste incomplet.

Les nécroses scrofuleuses sont toujours plus graves, toutes choses égales d'ailleurs, que celles qui surviennent dans d'autres circonstances.

Phthisie scrofuleuse.

La phthisie pulmonaire est une affection commune à la diathèse tuberculeuse et à la scrofule (2). La phthisie *scrofuleuse* présente certains caractères particuliers que lui imprime la maladie dont elle est symptomatique. Ce n'est point ici le lieu de faire l'histoire de la phthisie pulmonaire. Cette description appartient à la diathèse tuberculeuse. La supposant donc faite et connue, nous allons indiquer seulement les caractères distinctifs de la phthisie scrofuleuse.

Ce qui caractérise particulièrement cette affection, c'est la lenteur de sa marche, le peu de rapidité de ses progrès, une certaine bénignité *relative*, l'absence de fièvre, ou plutôt l'apparition tardive

---

(1) Nélaton, *Élém. de pathol. chir.*, t. 1, p. 619.

(2) Quoique *commune* à ces deux maladies, cette affection n'est pas *identique* dans l'une et dans l'autre. Voyez d'ailleurs la discussion sur la distinction de la scrofule et de la phthisie ou diathèse tuberculeuse (chapitre du *Diagnostic différentiel*).

de ce symptôme. Ces caractères de la phthisie scrofuleuse sont connus depuis longtemps. On les retrouve dans la tradition médicale exprimés à la fois et défigurés par un langage impropre, en rapport avec les doctrines contemporaines. « Il faut noter, dit Kortum (1), que les tubercules scrofuleux s'enflamment et suppurent difficilement; ce que Sauvages s'expliquait par le moins d'âcreté que de viscosité de la lymphe dans la phthisie scrofuleuse. Suivant Morton (2), les tubercules scrofuleux arrivent très-lentement à maturité, et déterminent une fièvre inflammatoire, qui, bien qu'elle soit presque insensible et peu dangereuse, est chronique et sans durée définie. Il dit ailleurs : « S'il survient chez un malade une fièvre hectique sans gravité, presque insensible, il faut soupçonner l'existence de tumeurs pulmonaires fixes et crues, ou au moins scrofuleuses et froides; » et en un autre endroit (3) : « Dans la phthisie lente des scrofuleux, la fièvre, si toutefois elle existe, a bien peu d'intensité, « in scrofu- « losolum lenta phthisi, febris, si ulla sit, est ad- « modum mitis. »

Ainsi donc, la phthisie scrofuleuse diffère de la phthisie symptomatique de la diathèse tuberculeuse par une marche plus lente, des symptômes d'une moindre intensité; ce qui est surtout remar-

---

(1) T. 2, p. 259.

(2) *De Phthisi scrophulosa.*

(3) P. 64.

quable, c'est que souvent avec une lésion locale considérable, avec des excavations tuberculeuses dans les poumons, coïncide un état général peu alarmant. On est tout étonné de trouver chez certains sujets des cavernes souvent énormes, avec une certaine apparence de santé. C'est à peine s'il y a de la fièvre, même le soir; l'amaigrissement est peu prononcé; bien plus, dans un degré avancé de la phthisie scrofuleuse, il existe souvent une apparence d'embonpoint; la face est pleine; quelquefois, il est vrai, plutôt bouffie, et les joues colorées d'une rougeur circonscrite.

Cette affection présente beaucoup d'analogie avec la forme bénigne de la diathèse tuberculeuse.

On peut en juger par la description suivante (1):

« Certains scrofuleux. atteints de phthisie dès leur enfance, mènent une existence valétudinaire jusqu'à leur vieillesse, avec une toux presque continuelle de jour et de nuit, d'été et d'hiver, accompagnée d'étouffement, de douleur de poitrine, sans cependant de fièvre sensible, avec une expectoration séreuse, abondante sous l'influence du moindre froid. La vie de ces malades ne court pas de grands dangers, même quand ils s'abstiennent de tout médicament, pourvu qu'ils se tiennent à un régime sage; ce qui fait que dans cet état valétudinaire, ils ont rarement recours au médecin, « magis contenti

(1) Morton, ibid., p. 82.

« misere quam medice vivere. » Je ne doute pas cependant que, par un choix prudent d'habitation, l'usage d'un bon air, le fréquent changement d'air, l'emploi longtemps prolongé des médicaments antiscrofuleux, les tumeurs tuberculeuses du poumon ne puissent se guérir, comme celles des autres parties du corps; et qu'ainsi le malade ne puisse guérir de la scrofule et de la phthisie, ce que nous avons observé, dit l'auteur. »

Il ne faut pas croire que la phthisie scrofuleuse soit toujours aussi bénigne; souvent elle se termine par la mort. La seule différence qu'on observe dans ces circonstances avec la phthisie commune, c'est un peu plus de lenteur dans la marche, et moins d'intensité dans les symptômes.

Encore est-il des cas dans lesquels la phthisie scrofuleuse marche avec rapidité vers une terminaison funeste. Mais ce sont là des faits assez rares.

Tantôt elle présente une marche presque continue avec quelques rémissions, tantôt elle prend le type périodique, cesse, se reproduit pour cesser encore et se reproduire de nouveau.

A quelle époque survient d'ordinaire cette affection? Elle peut se manifester dès l'enfance et durant la première période de la scrofule, mais le plus ordinairement c'est au moment de la puberté ou un peu plus tard qu'elle apparaît. Après les premières affections qui caractérisent la scrofule à son début et même dans sa deuxième période, lorsque ces affections ont cessé et qu'il semble que la scro-

fule est guérie, il survient souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, une nouvelle série d'accidents; c'est alors que la phthisie scrofuleuse se développe le plus fréquemment. Elle peut même survenir à une époque plus avancée, par exemple à l'âge critique chez les femmes et à l'âge correspondant chez les hommes, de cinquante à soixante ans. La disparition des éruptions cutanées en a été souvent la cause occasionnelle (Kortum, t. 2, p. 265), ou du moins on l'a vue se développer, et surtout sous la forme aiguë, au moment où ces affections venaient de cesser. D'un autre côté, d'autres affections survenant dans le cours de la phthisie scrofuleuse peuvent faire une salutaire diversion. « Nous avons, dit de Haen (*Rat. medendi*, p. 3, p. 181), de nombreux exemples de phthisie invétérée et déjà avancée où, une métastase s'étant faite sur le sternum, la crête des os des iles ou les glandes du cou et les parotides, et une suppuration abondante s'y étant établie,... la santé s'est entièrement remise. » Sydenham parle de faits semblables.

La phthisie pulmonaire peut se produire dans toutes les formes de la scrofule; mais c'est dans la forme grave qu'elle est la plus fréquente.

D'après plusieurs auteurs (1), le plus grand nombre des phthisies sont de nature scrofuleuse. Il y a là une exagération qui tient à ce qu'on a conclu

---

(1) Morton, *Phthisiol.*, p. 64 et 81; Sauvages, *Nosol.*, t. 2, p. 272 et 409; White, p. 36; Mead, c. 15, etc.

de l'identité du produit morbide dans le poumon et dans les ganglions lymphatiques à l'identité de la maladie. Portal a même été plus loin; il prétend que toutes les phthisies héréditaires sont scrofuleuses (Portal, *De la Phthisie hér.; Mém. sur plus. mal. hér.*). C'est toujours la même erreur qui tend à se renouveler de nos jours et qui provient de la même cause: confusion d'une maladie et d'une lésion, la scrofule et le tubercule, comme si d'ailleurs le dernier ne pouvait être commun à deux maladies distinctes. Mais nous ne voulons pas anticiper ici sur la discussion qui aura lieu à propos du diagnostic différentiel de la scrofule.

La phthisie scrofuleuse s'accompagne ordinairement d'autres affections tuberculeuses, quel que soit leur siége.

La lésion de cette affection présente-t-elle quelques caractères particuliers? Si les opinions de Portal, dans le sujet qui nous occupe, étaient mieux fondées, il importerait de vérifier sa distinction de la phthisie en deux espèces. Dans la première, les tubercules siégeraient dans les ganglions bronchiques, et dans la seconde (ce serait la phthisie scrofuleuse), ils occuperaient le poumon lui-même.

Quoique la vérité soit probablement le contraire de ce qu'a dit Portal, sa distinction du point de vue anatomique peut avoir quelque fondement. On sait, en effet, que dans la scrofule, les tubercules ont une tendance à se localiser dans les ganglions lymphatiques et à se présenter sous formes de gros

noyaux, de masses assez volumineuses. Les ganglions bronchiques, d'un autre côté, sont souvent le siége, chez les scrofuleux, de transformations tuberculeuses. Il s'agirait de constater, par une observation qui n'a pas été faite sur ce point, si le plus souvent, dans la phthisie scrofuleuse, la lésion n'affecte point ce siége de préférence! Nous disons *de préférence* et non pas *exclusivement*, car il est constant que fort souvent chez les scrofuleux le parenchyme pulmonaire est le siége de transformations tuberculeuses considérables, et qu'il s'y produit des cavernes qui peuvent présenter d'énormes dimensions.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les tubercules dans les poumons des scrofuleux sont généralement en masses plus considérables, qu'ils se ramollissent plus tard, qu'ils s'accompagnent plus rarement d'inflammation, qu'ils ont, en un mot, une évolution plus lente que chez les véritables phthisiques.

Le temps nous a manqué pour éclaircir suffisamment ce point important d'anatomie pathologique. Nous espérons poursuivre nos recherches sur ce sujet, et nous le signalons à l'attention des médecins.

Tubercules des ganglions bronchiques. — On ne saurait faire une affection à part des tubercules développés dans les ganglions bronchiques (1). « Après

---

(1) Voy. thèse de M. Leblond (1824), thèse de M. Becker (Berlin, 1826). Voy. les publications sur ce sujet de MM. Berton, Becquerel, Rilliet et Barthez (*Arch. gén. de méd.*, 1840, 42).

avoir lu la description que donnent MM. Rilliet et Barthez, on reste convaincu que la tuberculisation des ganglions bronchiques n'a aucun signe spécial qui la caractérise, mais que les troubles fonctionnels qu'on observe résultent uniquement de la compression de la veine cave, des conduits aériens, de l'œsophage, du pneumogastrique, etc. » (M. Grisolle, *Traité de path. int.*) « La tuberculisation des ganglions bronchiques, dit le même auteur, se remarque chez la moitié des sujets qui meurent phthisiques ;... et chez les enfants, les tubercules bronchiques sont presque aussi communs que ceux du poumon. » (Ibid.)

Rien n'est plus vrai que ce qui précède ; aussi considérons-nous cette lésion non pas comme constituant une affection spéciale, ayant ses symptômes particuliers, mais bien comme une dépendance à la phthisie scrofuleuse.

Il ne convient pas de répéter ce que nous avons dit déjà à propos de la transformation tuberculeuse des ganglions. Il suffit d'indiquer ce qu'elle peut présenter ici de particulier.

Les ganglions bronchiques altérés sont en plus ou moins grand nombre. Leur volume peut varier depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une pomme. Les ganglions situés entre les ramifications des canaux sanguins et aérifères et placés, pour ainsi dire, dans le poumon, sont peu volumineux en général.

Les ganglions, une fois ramollis, peuvent com-

muniquer avec les organes au voisinage desquels ils se trouvent (1). Cette communication a presque toujours lieu avec la cavité des bronches. L'excavation existant aussi quelquefois dans le tissu du poumon, on pourrait croire qu'on a affaire à une véritable caverne pulmonaire; mais les excavations ganglionnaires (2) sont lisses à l'intérieur, peu spacieuses; elles siégent presque toutes à la racine du poumon et communiquent avec les bronches par leur partie latérale. Les cavernes pulmonaires sont plus grandes, plus inégales, anfractueuses, traversées par des brides, des cloisons incomplètes, etc.

On comprend combien de symptômes accessoires et variés peut produire la compression exercée sur les organes voisins par les ganglions bronchiques. Il suffit d'indiquer la difficulté de la déglutition, (compression de l'œsophage); la dyspnée, qui peut être intermittente et être prise à tort pour un symptôme d'asthme (compression du pneumogastrique); les troubles de la circulation (compression des gros vaisseaux), etc. etc.

Méningite tuberculeuse

(Hydrocéphale aiguë).

La méningite tuberculeuse (hydrocéphale aiguë)

---

(1) OEsophage, aorte, artère et veine pulmon., veine cave supér., etc.

(2) Rilliet et Barthez.

est une affection qui s'observe surtout dans la forme grave de la scrofule.

Confondue pendant longtemps avec la méningite essentielle, elle est encore décrite, bien qu'à part, comme une maladie et non pas comme une affection symptomatique.

Cependant les auteurs qui la décrivent ainsi avouent qu'elle existe bien rarement seule, qu'elle est presque toujours compliquée d'autres affections tuberculeuses, et que la constitution scrofuleuse en est une des principales causes prédisposantes (1).

« Si l'on rencontre quelquefois, dit M. Guersant (Dict. en 30 vol., t. 19, p. 395), des enfants, jouissant en apparence de la plus florissante santé, atteints de la méningite tuberculeuse, néanmoins la plupart, ainsi que les adultes, présentent le caractère des affections strumeuses : ou ils sont déjà scrofuleux, ou ils sont à un degré plus ou moins avancé de la phthisie pulmonaire. »

C'est, en effet, chez les sujets scrofuleux que cette affection s'observe le plus souvent; mais elle n'est pas propre aux enfants, quoiqu'elle soit plus fréquente de trois à quinze ans qu'à tout autre âge de la vie; on voit quelquefois des adultes y succomber.

Nous ne parlerons pas des causes occasionnelles.

---

(1) Voy. les travaux de MM. Rufz, Gérard, Constant; les thèses de MM. Piet, Becquerel, Coignet, Le Diberder, le mémoire de M. Valleix (*Arch. gén. de méd.*, 1838), et l'article du Dict. en 30 vol. de M. Guersant.

communes à toutes les affections scrofuleuses; pas plus que des contusions sur la tête, de l'insolation, etc., qui ne peuvent avoir qu'une influence tout à fait secondaire sur le développement de la méningite tuberculeuse.

La méningite tuberculeuse offre dans sa marche des différences notables.

Tantôt elle débute brusquement, sans prodromes, parcourt ses périodes avec une grande rapidité : c'est ce qu'on nomme vulgairement la méningite tuberculeuse aiguë.

Tantôt les malades présentent pendant un certain temps plusieurs symptômes qui ne paraissent pas se rattacher à une affection cérébrale, tels que de la tristesse, de l'abattement; ils maigrissent et perdent leurs forces; les fonctions digestives se troublent; il y a de la toux, de la fièvre; puis tout à coup surviennent les symptômes de la méningite tuberculeuse aiguë.

D'autres fois, avant d'en arriver là, l'affection s'annonce par des symptômes passagers qui cessent et reparaissent à plusieurs reprises, tels que de la céphalalgie, de l'assoupissement, quelques mouvements convulsifs avec ou sans vomissements.

Que la méningite tuberculeuse débute brusquement ou qu'elle ait été annoncée par des symptômes précurseurs, voici les caractères qu'elle présente : frisson initial, quelquefois peu marqué, suivi de chaleur et de fièvre; céphalalgie dont le siége est presque constamment la région frontale; cette cé-

phalalgie est continue, mais présente des exacerbations dont le retour arrache aux enfants des cris particuliers, appelés *hydrencéphaliques;* vomissements plus ou moins répétés pendant les premiers jours. Ces vomissements sont un signe qui ne manque presque jamais, ce qui a fait dire que la maladie (voyez M. Guersant, Dict. en 30 vol.) commençait souvent chez les enfants comme une simple indigestion ; ces vomissements ne sont pas accompagnés de soif. La langue ne présente rien à noter, si ce n'est qu'elle est blanche à la surface et rouge sur les bords. Les malades sont dans un état habituel d'abattement et de somnolence qui alterne avec de l'agitation, des cris, quelques mouvements convulsifs de la face ou des membres. La face exprime la douleur, les sourcils sont froncés, les paupières contractées, les yeux très-sensibles à la lumière; les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt resserrées, tantôt agitées par des oscillations très-grandes (Guersant). On observe de brusques changements dans la coloration de la face, qui tantôt est pâle et tantôt rougit subitement. Ces alternatives coïncident avec les élancements douloureux dont nous avons parlé, qui arrachent des cris au malade, et qui paraissent aussi provoquer les vomissements; le pouls est ordinairement fréquent.

Après cette première période, survient une rémission quelquefois complète de tous les symptômes, dont il faut toujours se défier, car bientôt le mal reparaît dans toute son intensité et fait des progrès

de plus en plus marqués. La somnolence est plus profonde ; la moitié du corps, un membre, ont perdu complétement ou en partie leur sensibilité ; l'intelligence paraît engourdie, sinon entièrement abolie. Les malades sont à peine sensibles à des excitations énergiques. Ils répondent par des mots prononcés avec peine et souvent sans suite, à ceux qui les interrogent ; puis ils retombent dans leur somnolence habituelle. Ils voient mal ou ne voient plus; leurs mains saisissent avec peine les objets qui les environnent. Les yeux sont souvent affectés de strabisme ; les pupilles dans le même état que dans la première période. Le pouls, qui dans cette période était fréquent, devient rare et irrégulier (1) dans la seconde. Il en est de même de la respiration, qui, lorsque le pouls tombe très-bas, devient suspirieuse et intermittente. Le mouvement fébrile présente des exacerbations quelquefois irrégulières, quelquefois revenant à heures fixes et suivies d'une sorte d'apyrexie. Cette seconde période, plus longue que la première, dure souvent de huit à dix jours.

La troisième période présente les symptômes suivants : coma profond, rigidité des membres, plutôt des supérieurs que des inférieurs, roideur tétanique du tronc et trismus, alternant avec une paralysie incomplète de la sensibilité et du mouvement d'une moitié du corps et avec des mouvements convulsifs.

---

(1) Robert Whytt.

Le coma devient de plus en plus profond. Les yeux sont complétement insensibles à la lumière, la pupille est dilatée et immobile; la cornée transparente est déjà terne et mate, les conjonctives rouges et sèches, les paupières demi-closes, quelquefois relevées, et les yeux grands ouverts. Le pouls est petit et très-fréquent; la déglutition devient difficile, la respiration stertoreuse; la face gonflée se couvre d'une sueur froide, enfin la mort arrive au milieu des convulsions, ou le plus souvent après un temps plus ou moins prolongé.

Lésions. — La pie-mère est le siége de l'affection. Il s'y est développé particulièrement dans le tissu sous-arachnoïdien de la base du cerveau, autour de la protubérance et des pédoncules, et dans les scissures de Sylvius, des granulations tuberculeuses en nombre plus ou moins considérable, de la grosseur de petits grains de sable, disséminées quelquefois d'une manière irrégulière; ces granulations sont le plus souvent rangées sous forme de chapelets, le long des vaisseaux dans les points que nous venons d'indiquer. Les plus petites sont d'un blanc grisâtre; quand elles ont acquis un plus gros volume, elles prennent une teinte d'un blanc plus mat et plus jaunâtre; dans certains points, plusieurs sont réunies. Ces petites masses, en se ramollissant, peuvent former de petits foyers de matière tuberculeuse, semi-liquide et en nappe.

La pie-mère est enflammée dans une plus ou

moins grande étendue, mais plus particulièrement au voisinage des granulations ; rouge, poisseuse à sa surface, épaissie, plus friable, elle se détache difficilement de la substance cérébrale qui offre un piqueté rouge et est ramollie à sa surface. Les mailles du tissu sous-arachnoïdien, en avant et en arrière du chiasma des nerfs optiques, sont infiltrées d'une sérosité louche. On peut même observer des traînées de pus concret dans les scissures de Sylvius et dans la grande fente cérébrale de Bichat. Les ventricules contiennent une quantité notable de sérosité ordinairement limpide, qui peut s'élever jusqu'à plusieurs onces.

La pulpe cérébrale, si on en excepte certains points de sa surface, dont l'inflammation accompagne nécessairement celle de la pie-mère, est généralement saine. On peut y trouver quelques tubercules, comme on en trouve dans le poumon, les ganglions bronchiques, le mésentère, etc., chez la plupart des scrofuleux qui succombent à cette affection. Cependant les tubercules du cerveau ont des rapports tout particuliers, au moins dans certaines circonstances, avec la méningite tuberculeuse ; ils en sont quelquefois, en effet, le point de départ et la cause occasionnelle. Il n'est pas très-rare que le voisinage d'un tubercule ne détermine l'inflammation des membranes du cerveau. (Voyez observations de M. Giraud ; thèse, 1818.)

Tubercules du cerveau (1).

Les symptômes qu'ils déterminent peuvent être très-différents.

Cette affection commence ordinairement à se manifester (2) par des maux de tête violents, périodiques ; ces attaques ont une certaine durée et présentent des redoublements pendant lesquels les malades sont souvent obligés de rester immobiles dans leur lit, incapables de la moindre occupation. La douleur est telle parfois qu'elle leur arrache des cris. Ces céphalalgies s'accompagnent, chez certains sujets, de vertiges, d'éblouissements, de faiblesses. Dans l'intervalle des attaques, les malades sont tristes, inquiets ; on remarque un changement notable dans leur caractère. Il survient des mouvements convulsifs, quelquefois bornés à la moitié du corps, ou à un membre, le plus souvent généraux, épileptiformes : c'est même là souvent le seul symptôme par lequel se révèlent les tubercules du cerveau.

---

(1) Voy. les thèses de MM. Léveillé (1824) et Larcher (1832), Tonnellé (*Journal hebd.*, 1829), les auteurs que nous avons cités à propos de la méningite tuberculeuse, M. Calmeil (*Dict. de méd.*, 2e vol.), MM. Rilliet et Barthez (*Malad. des enfants*), etc. etc.

(2) Tout le monde sait que les tubercules du cerveau restent souvent à l'état latent.

Indépendamment de ces attaques épileptiformes, on observe quelquefois aussi différents phénomènes nerveux, tels que troubles de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité tactile; il est rare que les facultés intellectuelles soient affectées, mais on observe assez souvent une espèce d'engourdissement de l'esprit, de stupeur morale, dans laquelle les malades tombent de temps à autre ou restent constamment plongés. Il y a des vomissements assez fréquents chez quelques-uns; ces vomissements coïncident avec les attaques de la céphalalgie.

Les phénomènes généraux varient, ils annoncent pour l'ordinaire un certain état d'affaiblissement; mais si les malades ne présentent pas d'autre affection concomitante, ils peuvent avoir une certaine apparence de santé.

Après un certain temps, une moitié du corps se paralyse; la paralysie est rarement complète de prime abord, elle le devient plus tard.

Enfin, surviennent les phénomènes d'une encéphalite locale, la paralysie est complète, la contracture, le carus, le coma, se succèdent et ne tardent pas à être suivis de la mort.

Cette funeste terminaison peut arriver aussi au milieu d'une attaque de convulsion.

Souvent l'affection ne se caractérise pendant très-longtemps que par un seul des symptômes que nous avons indiqués plus haut.

Lésions. — C'est ordinairement sous forme de

masses collectées de la grosseur d'une noisette, quelquefois d'un œuf de pigeon ou même du poing, que se présentent les tubercules cérébraux.

Leur nombre est variable ; on n'en observe quelquefois qu'un ou deux ; d'autres fois ils sont plus nombreux.

Ils siégent plus fréquemment dans les hémisphères cérébraux que partout ailleurs, tantôt dans la substance grise, tantôt dans la substance blanche.

Ils sont très-rarement ramollis, presque toujours à l'état cru ; leur coupe présente assez souvent une disposition en couches concentriques, quelquefois une coloration jaune-verdâtre, et l'aspect intérieur d'un gros marron.

Ils sont enkystés ou en contact immédiat avec la substance cérébrale ; cette dernière est tantôt saine, tantôt, au contraire, infiltrée, rouge, enflammée, ramollie.

Si le tubercule est superficiel, il peut déterminer une inflammation des méninges.

Les tubercules déterminent quelquefois une augmentation de volume de l'hémisphère où ils siégent, avec aplatissement des circonvolutions et atrophie de l'hémisphère opposé.

Assez souvent, enfin, ils s'accompagnent d'épanchement séreux et d'hydrocéphale (1).

---

(1) Sur treize cas d'hydrocéphale, onze fois des tubercules siégeaient dans le cervelet. (Rilliet et Barthez.)

Testicule scrofuleux.

Confusément désignée par la plupart des auteurs sous les noms de sarcocèle, d'orchite chronique, et par d'autres (1) sous la dénomination de tubercules des testicules, cette affection est plus convenablement appelée testicule scrofuleux (2). En effet, bien qu'elle consiste presque toujours dans le développement de tubercules, est-on en droit d'affirmer qu'elle soit constamment tuberculeuse?

Elle présente plusieurs variétés qui ne sont quelquefois que des degrés.

I. Dans la première variété, le testicule scrofuleux est indolent, sans inflammation; il consiste dans une simple tuméfaction, ordinairement diffuse, de l'organe, laquelle s'accompagne tout au plus d'un peu de gêne et d'un peu de douleur sourde et transitoire.

Cela s'observe assez souvent, même dans les premiers temps de la maladie et dans un âge très-peu avancé. « Le testicule, même chez les enfants très-jeunes, dit Astley Cooper, se tuméfie quelquefois et devient très-dur, mais sans que cet état soit accompagné de douleurs ou d'aucun autre accident.

---

(1) M. Velpeau, Dict. en 30 vol.

(2) C'est sous ce nom qu'Astley Cooper l'a décrite, mais d'une manière trop peu complète.

C'est par hasard que les parents ou les personnes à qui sont confiés les enfants, s'aperçoivent de l'existence de la maladie, qui reste dans cet état de gonflement indolent pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années ; et alors, sous l'influence de l'amélioration générale de la santé, le gonflement se dissipe et la glande reprend son état naturel.

« Il arrive plus fréquemment que la tuméfaction s'accroisse à l'âge de la puberté, et, à partir de cette époque jusqu'à la vingtième année, il n'est pas rare de voir la maladie se développer dans les deux testicules, s'y caractériser par la même dureté et par une indolence telle, que le sujet qui en est atteint laisse écouler un temps considérable avant d'appeler un médecin.

« La partie ne présente ni sensibilité à la pression ni douleur. Le scrotum n'est point altéré dans sa couleur, les veines ne sont point distendues, et, à son volume près, qui est augmenté, le testicule affecté n'est pour le malade l'occasion d'aucun accident. » (Astley Cooper, *OEuvr. chirurg.*)

Cette variété a été décrite aussi sous le nom d'hypertrophie (M. le professeur Velpeau, Dict. en 30 vol.). « Tous les malades que j'ai vus, dit-il, ont conservé leur hypertrophie testiculaire pendant plusieurs années, sans qu'il soit survenu de changements notables. »

Cependant l'affection finit souvent, sans cause appréciable, ou à la suite d'une contusion, d'une

violence quelconque, par déterminer des phénomènes inflammatoires, des abcès fistuleux, et la plupart des symptômes qui appartiennent à la seconde variété.

II. Cette seconde variété du testicule scrofuleux accompagné d'inflammation est fréquemment consécutive à la précédente. Dans certains cas, au contraire, elle est primitive, et l'affection en présente les caractères dès son début.

Elle s'annonce par une tuméfaction plus rarement diffuse que dans le cas précédent, sans rougeur à la peau, peu volumineuse; quelquefois on ne sent que de petits noyaux indurés. Ordinairement au début, cette tumeur siége sur l'épididyme seul ou sur l'épididyme et le canal déférent; plus tard, et quelquefois aussi primitivement, la tumeur occupe le testicule tout entier.

L'affection peut rester stationnaire pendant un temps plus ou moins considérable, ou du moins ne présenter d'autres phénomènes qu'un accroissement progressif et indolent, puis, tout à coup ou insensiblement, de la douleur survient (1). Les parties superficielles, d'abord mobiles sur la tumeur, y adhèrent, les tissus sous-jacents s'empâtent; un point du scrotum se tuméfie, rougit, s'ulcère; une ouverture fistuleuse s'établit et donne issue à un liquide

(1) Dans quelques cas, il existe une orchite périodique dans les premiers temps, puis permanente et chronique.

séro-purulent. Il peut se faire ainsi, successivement ou presque simultanément, plusieurs ouvertures semblables, qui persistent longtemps et présentent tous les caractères des ulcères scrofuleux. Dans certains cas, la membrane qui revêt les trajets fistuleux devient fongueuse et fait saillie par leurs orifices. Les deux testicules peuvent être affectés en même temps; en général, ils ne le sont pas à un même degré.

Chez quelques sujets, le testicule scrofuleux se termine par la cicatrisation du foyer. Cette cicatrisation laisse presque toujours des traces de perte de substance; si la suppuration ou la fonte tuberculeuse a été très-considérable, les testicules perdent peu à peu de leur volume et finissent par s'atrophier presque complétement. Il s'ensuit nécessairement une diminution notable ou l'entière suppression de la sécrétion du sperme et une dépression plus ou moins profonde.

Le plus souvent cette affection dure indéfiniment; elle entraîne rarement la mort par elle-même, mais assez fréquemment d'autres lésions plus graves viennent la compliquer.

Il n'est pas rare de voir se développer chez un individu atteint de testicule scrofuleux des tumeurs tuberculeuses dans différents points des organes génito-urinaires, particulièrement dans le canal déférent, les vésicules séminales, la prostate.

Les affections scrofuleuses de cette dernière sont plus fréquentes qu'on ne le pense généralement; elles mériteraient de fixer davantage l'attention des

chirurgiens, et leur histoire mieux connue ne permettrait plus certaines erreurs de diagnostic et des opérations chirurgicales au moins inutiles.

Lésions. — Nous ne répéterons pas, à propos des tubercules du testicule, ce qui est commun à toutes les affections tuberculeuses de la scrofule. Il suffit de savoir que la lésion débute, le plus souvent, par l'épididyme et se propage de suite à la glande elle-même ; il ne faudrait pas croire cependant qu'il en est toujours ainsi : le testicule peut être primitivement et seul affecté.

Dans certains cas, le tissu de la glande reste sain dans tous les points qui ne sont pas le siége de la transformation ; dans d'autres, il est infiltré de sang rouge et enflammé.

A une époque avancée, il est toujours profondément altéré, ramolli, suppuré, au moins au voisinage des masses tuberculeuses ; dans les autres points, il est atrophié (1).

— C'est ici le lieu de rappeler ces lésions mixtes dont le testicule est le siége chez certains scrofuleux. On rencontre alors des tumeurs généralement assez volumineuses, qui sont en partie tuberculeuses, en partie cancéreuses.

---

(1) Chez les femmes scrofuleuses on trouve souvent des lésions semblables des organes analogues, indurations chroniques et tuberculeuses de l'utérus, quelquefois du col de l'utérus, des trompes, des ovaires.

Cette double lésion ne s'observe que chez des sujets d'un âge mûr, dans une période avancée de la scrofule, ou comme phénomène consécutif de cette maladie.

Carreau

(Scrofula mesenterica, atrophia infantem, chartre).

Il importe de distinguer cette affection, qui consiste dans la transformation tuberculeuse des glandes du mésentère, avec épanchement dans la cavité du péritoine, de la *péritonite tuberculeuse*. Ces deux affections ont une marche différente et des symptômes différents. Dans certain cas, il est vrai, le carreau peut se compliquer vers la fin de péritonite tuberculeuse, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il n'est pas rare de rencontrer chez des scrofuleux qui ont succombé à d'autres affections, des glandes du mésentère engorgées, transformées et même à l'état de fonte tuberculeuse; mais ces lésions isolées, ces complications qui ne se sont souvent révélées par aucun symptôme, ne constituent pas le carreau proprement dit, cette affection si fréquente chez les enfants scrofuleux, si prédominante ordinairement qu'elle absorbe toute l'attention, qu'elle masque d'autres altérations dont elle s'accompagne souvent, et qu'elle a mérité d'être décrite par Sauvages, comme une forme particulière de la scrofule, sous le nom de *scrofule mésentérique*.

Le carreau ne s'observe ordinairement que dans

l'enfance ; il appartient à la forme grave de la scrofule et assez souvent aussi à la forme fixe primitive : c'est la seule affection par laquelle se révèle la scrofule chez certains enfants, et cette localisation de la maladie est tellement grave qu'elle suffit pour déterminer la mort.

Le carreau s'accompagne très-rarement d'autres lésions appréciables pendant la vie. Cependant les ganglions lymphatiques du cou s'engorgent quelquefois chez les enfants qui en sont attaqués ; mais alors ces glandes font peu de progrès, ne s'ulcèrent pas ordinairement.

Enfin, chez certains sujets, il arrive que le carreau cessant de faire des progrès, restant à l'état stationnaire ou même venant à diminuer, d'autres affections scrofuleuses se développent après un temps plus ou moins long.

Symptômes. — L'intumescence du ventre n'est pas toujours l'un des premiers symptômes, ou du moins, comme elle survient petit à petit, on ne s'en aperçoit que lorsque l'attention a été excitée par d'autres symptômes, tels que la pâleur du visage, l'irrégularité des fonctions digestives et l'amaigrissement.

Les petits malades ont la face pâle mais un peu gonflée, leur physionomie exprime la souffrance, l'ennui, le dégoût, une gravité triste qui n'est pas de leur âge. Ils ont les yeux languissants, cernés ; ils sont pris de temps à autre de vomissements glaireux, la salivation est très-abondante, la digestion se fait

d'une manière très-irrégulière; tantôt ils mangent avec voracité, ont un goût marqué pour les aliments épais, farineux; tantôt ils n'ont aucune espèce d'appétit. C'est un phénomène très-commun que ces alternatives de boulimie et d'anorexie; il s'y joint très-souvent une diarrhée marquée, séreuse, blanchâtre, qui alterne aussi avec de la constipation. Dans une période plus avancée, surviennent des déjections abondantes et très-fétides.

Tout le corps maigrit à l'exception de l'abdomen, dont l'état contraste avec celui du thorax et des membres; le ventre est, en effet, le siége d'une tuméfaction visible ou d'un gonflement dur et appréciable au toucher, surtout au niveau de la région ombilicale. On peut sentir quelquefois des nodosités distinctes, des corps durs, arrondis, bosselés. Dans les commencements, la pression n'est souvent pas douloureuse et la tuméfaction est indolente. Plus tard il n'en est pas ainsi, et les petits malades peuvent avoir des coliques assez fréquentes. Le ventre peut être douloureux presque continuellement, mais les douleurs ne sont ordinairement pas aiguës, transitoires, variables quant au siége, à moins que le carreau ne s'accompagne d'entérite ou d'ulcérations intestinales. La douleur n'est pas superficielle et accompagnée de tension, comme dans la péritonite tuberculeuse.

L'amaigrissement fait des progrès; la peau ridée, flasque, sèche et sale, pend et fait des plis en différents points du corps; l'intelligence reste intacte,

mais les petits malades sont faibles et abattus; le ventre est le siége d'une sensation de gêne et de pesanteur, il devient de plus en plus gonflé; il donne au toucher l'impression d'un empâtement caractéristique; on y aperçoit la fluctuation qui est due à un épanchement séreux plus ou moins considérable.

Enfin, après un temps généralement assez long, quelquefois après des années, après des alternatives de diminution et d'aggravation dans les symptômes, les membres s'infiltrent, la faiblesse devient extrême; la fièvre hectique, une diarrhée très-fétide et très-abondante, et souvent des épanchements dans différentes cavités autres que le péritoine, finissent par amener la mort.

Lésions. — Tout ce que nous avons dit précédemment à propos des altérations que présentent les ganglions lymphatiques dans les tumeurs écrouelleuses peut s'appliquer aux transformations que subissent les ganglions du mésentère dans le carreau. Il est inutile de rappeler ce qui a été dit sur l'infiltration tuberculeuse, ou les tubercules collectés de ces organes, ainsi que sur la possibilité de leur induration chronique non tuberculeuse.

Les engorgements ganglionnaires du mésentère peuvent présenter tous les degrés de la dégénérescence tuberculeuse depuis la consistance de *marron cru* jusqu'au ramollissement complet.

A quelque degré qu'ils soient parvenus, la séreuse

qui les recouvre est presque toujours saine et transparente. L'épanchement séreux qui s'est fait dans la cavité péritonéale peut exister sans aucune trace d'inflammation. Mais il n'en est pas toujours de même; le péritoine est assez souvent enflammé par places; au voisinage des collections tuberculeuses, des adhérences peuvent s'être établies entre plusieurs anses intestinales (1) et borner ainsi des foyers purulents ou tuberculo-purulents. D'autres fois, l'inflammation s'est généralisée, l'épanchement est séro-purulent, et on trouve les traces d'une péritonite simple ou d'une péritonite tuberculeuse consécutive.

Enfin, il n'est pas rare d'observer sur la muqueuse intestinale des signes d'entérite ou même des ulcérations tuberculeuses, mais cette complication est loin d'être constante. Les ulcérations intestinales se rencontrent quelquefois dans la scrofule, mais elles sont bien plus fréquentes dans la phthisie et doivent faire partie de la description de cette maladie.

Péritonite tuberculeuse.

Cette affection appartient à la forme grave de la scrofule; elle survient ordinairement à une période

(1) «Ces adhérences peuvent donner lieu à des étranglements consécutifs, et par suite à des occlusions complètes de l'intestin qui amènent la mort.» (Guersant, Dict. en 30 vol.)

déjà avancée de la maladie. On ne l'observe presque jamais seule, et si elle peut se développer chez des enfants, elle se manifeste souvent aussi chez les jeunes gens et les adultes. Ces deux derniers caractères montrent combien elle diffère du carreau, bien qu'elle en soit quelquefois la suite.

« L'affection, à son début, est, pour ainsi dire, latente. D'abord quelques légers dérangements des fonctions digestives; par intervalles, quelques vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation. » (M. Chomel, dict. en 30 v.) Le ventre est le siége d'une douleur sourde, qui s'accroît par la pression et les secousses imprimées au corps; il est tendu ordinairement, augmenté de volume, quelquefois déprimé. « La peau du ventre est en général sèche, chaude et d'une couleur terne; souvent elle est parcourue par des veines bleuâtres gorgées de sang. » L'abdomen percuté « rend un son mat, soit dans la presque totalité de sa surface, soit dans une partie et principalement dans les régions iliaques et hypogastriques; il peut même présenter une fluctuation communément obscure, rarement très-manifeste; il est plus ferme, plus tendu qu'à l'état normal; de plus, on observe dans certaines circonstances un gonflement œdémateux, ordinairement borné aux membres inférieurs et aux parois abdominales...Si l'on palpe le ventre avec attention, on reconnaît qu'il n'a pas la souplesse qui lui est propre dans l'état de santé; il présente à peu près constamment une résistance, une tension caracté-

ristique... Il offre assez souvent vers la région ombilicale une saillie mal circonscrite et peu considérable, formée par les intestins agglomérés au devant de la colonne vertébrale. » (Ibid.)

L'affection marche ordinairement lentement et présente des rémissions marquées. Enfin, la diarrhée augmente, l'amaigrissement fait des progrès. Comme la péritonite tuberculeuse existe rarement seule, les symptômes qui lui appartiennent se mêlent à ceux des affections concomitantes, et le malade finit par succomber, après avoir présenté tous les signes de la cachexie scrofuleuse.

Lésions. — Tantôt la péritonite tuberculeuse est locale, bornée à une partie de la séreuse, tantôt elle est générale. Dans ce dernier cas, il existe un nombre très-considérable de tubercules, souvent à l'état de granulation; ils sont disséminés sous la membrane séreuse, aussi bien dans le péritoine viscéral que dans le péritoine pariétal. Toute la cavité abdominale en est quelquefois comme criblée. On distingue facilement, avec un peu d'attention, ces granulations tuberculeuses par leur forme régulière arrondie et par leur situation sous la séreuse de ces petites taches blanches opaques, souvent très-nombreuses, mais irrégulièrement découpées, déchiquetées, de nature pseudomembraneuse dont peut être recouvert le péritoine enflammé.

Des adhérences se sont formées entre les anses intestinales qui ne constituent, dans certains cas,

qu'un paquet, qu'une seule masse. De ces adhérences, les unes sont récentes, encore molles, quelquefois très-épaisses, les autres anciennes et organisées.

Il peut ne pas exister d'épanchement. Quand il existe un liquide dans la cavité péritonéale, le liquide est presque toujours séreux et mêlé à des flocons albumineux plus ou moins abondants. « Il est rare qu'il soit purulent. Ce liquide varie, d'ailleurs, pour sa coloration ; il est souvent à peine coloré ou citrin, avec une teinte un peu louche, quelquefois brun ou noirâtre ou mêlé à du sang liquide ou caillé » (Chomel).

La péritonite tuberculeuse s'accompagne assez souvent d'ulcérations intestinales.

Enfin, comme elle succède quelquefois au ramollissement des collections tuberculeuses développées dans le voisinage, à des perforations, on trouve, dans ces cas, des lésions qui ne lui sont pas propres, mais qui se rattachent à l'histoire des tubercules isolés. Le développement de ces tubercules, souvent inappréciable pendant la vie, détermine exceptionnellement des phénomènes infiniment variables, suivant les différents accidents de siége et d'évolution qu'ils peuvent présenter.

Catarrhe utérin.

Indépendamment des écoulements muqueux, des flueurs blanches chroniques qui s'observent si fré-

quemment chez les femmes dans le cours de la scrofule (1), il est une affection plus caractéristique, distincte, et beaucoup plus grave, c'est le catarrhe utérin.

Cette affection peut survenir chez les jeunes filles avant l'apparition des règles (2); mais le plus souvent elle se manifeste chez des femmes d'un âge plus avancé, souvent pendant une grossesse, à la suite d'une couche, ou bien vers l'âge critique.

Elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre, les aines, les cuisses, les reins.

Elle est caractérisée par un écoulement d'une nature toute particulière et très-reconnaissable.

Cet écoulement est très-abondant. Le liquide qui le constitue est ordinairement très-visqueux, épais, collant, se détachant difficilement du museau de tanche, sur lequel il présente, au speculum, l'aspect d'une mèche de coton. Ce liquide est quelquefois très-clair malgré sa viscosité, d'autres fois il est verdâtre; il est, dans certains cas, tellement abondant, que toutes les parties voisines de la vulve

---

(1) Mais qui n'appartiennent pas exclusivement à la scrofule.

(2) «Gonorrhœam scirrhosam et scrophulosam invadere «potissimum sexum sequiorem; esse plurimum sine ulcere, «vel hoc tarde generari; in mulieribus tempore inter men«struæ intermedio; in virginibus interdum menstruarum «eruptionem antecedere; in armosis post cessationem re«manere asserit Hecker.» (Apud Kortum, t. 1, p. 74.)

en sont inondées, et qu'il salit plusieurs serviettes dans l'espace d'un jour.

Cet écoulement est fréquemment accompagné d'une rougeur érythématique ou même d'un eczéma des cuisses (1).

Cette affection est extrêmement tenace; elle persiste souvent pendant plusieurs années; mais néanmoins, chez certains sujets, elle paraît alterner avec d'autres affections particulières, des éruptions cutanées, ou plutôt diminuer, sans disparaître entièrement, sous l'influence de ces dernières.

C'est ordinairement au printemps que l'écoulement est moindre; il augmente pendant l'hiver. Ces variations sont plus marquées quand les malades sont sujets aux affections dartreuses.

Voici ce qu'on lit, à ce propos, dans l'ouvrage de MM. Blatin et Nivet:

« Nous pensons, avec M. Duparcque, qu'il peut se former sur le col utérin des ulcérations herpétiques de différentes espèces qui se montrent ordinairement à la suite de la rétrocession des affections dartreuses du tégument externe, et qui disparaissent quelquefois lorsque l'éruption reparaît à la peau.

« Dans l'un des cas signalés par l'auteur précédent, le col utérin était parsemé de points rouges

---

(1) Il est plus abondant à l'approche des règles et quand elles viennent de cesser.

assez semblables à des piqûres de puces. Ces points rouges étaient confluents dans le voisinage de l'orifice, mais ils étaient discrets vers la circonférence du col.

« Il suintait de là un fluide séro-muqueux incolore, assez abondant.

« Le malade avait eu autrefois une dartre miliaire à la partie interne des cuisses.

« Chez une autre femme, le col offrait un aspect semblable, et il existait en même temps une leucorrhée acccompagnée de prurit interne. L'ulcération avait paru à la suite de la rétrocession d'un érythème dartreux des cuisses.

« Une fois établies et parvenues à un certain degré de développement, ces exulcérations ne peuvent plus être distinguées des exulcérations simples. Tantôt elles fournissent un écoulement abondant, tantôt elles sont presque sèches.

« Les rougeurs et les exulcérations dartreuses peuvent se montrer simultanément sur le museau de tanche, le méat urinaire, les nymphes et les grandes lèvres; elles sont quelquefois très-rebelles. »

Le catarrhe utérin peut exister longtemps sans qu'il se produise de lésion notable dans les organes qui en sont le siége, mais il finit par s'en développer. Nous venons de voir déjà signalées les ulcérations du museau de tanche, il faut y joindre les indurations de la muqueuse. L'orifice utérin est ordinairement dilaté, rougeâtre, mou, boursouflé, comme variqueux; il est souvent dur, rouge, dou-

loureux. On trouve quelquefois la muqueuse utérine recouverte de fongosités. Morgagni la compare, dans ces cas, à la muqueuse nasale dans le coryza.

Les lésions peuvent être plus graves encore. Des ulcérations s'agrandissent, deviennent plus profondes, gagnent la cavité utérine.

Les parois de la matrice s'épaississent, s'hypertrophient, s'indurent.

Enfin, on a signalé chez les femmes srofuleuses des dégénérescences cancéreuses et tuberculeuses de l'utérus et de ses annexes; mais ces lésions, qui peuvent compliquer le catarrhe utérin, n'en sont pas la terminaison habituelle.

Engorgements scrofuleux des mamelles.

Les mamelles sont souvent le siége d'engorgements de nature scrofuleuse, qu'il importe de bien connaître pour ne les pas confondre avec des affections de plus mauvaise nature, avec des cancers par exemple.

1° Le sein peut contenir des ganglions hypertrophiés, indurés, analogues aux écrouelles non ulcérées. C'est ce qu'Astley Cooper (1) a décrit sous le nom de tumeur scrofuleuse de la mamelle.

« Chez les jeunes femmes qui ont un engorgement des ganglions cervicaux, j'ai rencontré quelquefois, mais rarement à la vérité, des tumeurs scrofuleuses.

---

(1) Traduction de MM. Chassaignac et Richelot.

Le plus souvent on ne trouve qu'une seule tumeur dans une mamelle ; cependant chez une malade il y avait deux de ces tumeurs dans une mamelle, tandis que l'autre n'en renfermait qu'une seule.

« Ces tumeurs ne causaient aucune douleur. Elles étaient exactement circonscrites, très-lisses à leur surface, et à peine sensibles à la pression.

« Elles avaient une marche lente... Ces tumeurs se distinguent de l'inflammation chronique simple de la mamelle par l'absence de douleur...

« Cette affection n'entraîne aucun danger, et ne peut jamais revêtir un caractère cancéreux. Elle ne réclame pas l'opération, et il serait mal entendu d'en pratiquer l'ablation avec l'instrument tranchant.

« J'ai vu des cas où on avait pratiqué l'extirpation de tumeurs de cette espèce parce qu'on en avait méconnu la véritable nature. »

M. Velpeau décrit la même affection sous le nom de nodosités, de granulations (1)... « On sent qu'il n'y a là aucune production nouvelle, que ce sont des glandules naturelles. » Il ajoute que le contact en est douloureux, et même qu'en l'absence de toute pression, les malades y ressentent des douleurs assez vives. M. Velpeau a observé ce genre d'induration chez les jeunes filles de dix-huit à vingt-cinq ans ; mais plus souvent encore chez des femmes qui approchaient du retour d'âge. Cette altération, selon

(1) Dict. en 30 vol., art. Mamelles (Tumeurs des).

lui, qui peut se prolonger pendant plusieurs années, qui inquiète considérablement les malades, ne doit inspirer que peu de craintes au chirurgien. « Les progrès de l'âge, dit-il, manquent rarement d'en faire justice, et je n'en ai vu jusqu'ici aucun cas qui ait été suivi de transformation fâcheuse. »

2° Les mamelles des femmes scrofuleuses peuvent présenter une autre variété d'engorgement, qu'Astley Cooper décrit sous le nom de tumeur mammaire chronique, et M. Velpeau sous le nom d'induration en masse. Tous deux disent qu'elle est caractérisée par une induration partielle ou totale du sein, par une forme lobulée (ces lobules étant d'inégale densité, suivant M. Velpeau), par une marche chronique, une grande bénignité, et la possibilité d'une résolution spontanée, due à un traitement résolutif.

« J'ai vu quelquefois l'induration dont il s'agit, dit le dernier de ces chirurgiens, s'établir insensiblement sous une affection eczémateuse ou porrigineuse qui avait longtemps occupé l'aréole du mamelon » (1).

3° Enfin, les mamelles peuvent être le siége d'une écrouelle ulcérée. Dans certains cas, l'ulcération assez étendue donne lieu à une suppuration abondante, prend un mauvais aspect et s'aggrave de plus en plus.

Nous terminons ce qui a rapport aux affections

---

(1) Cette induration chronique des mamelles s'accompagne souvent d'aménorrhée ou de dysménorrhée.

strumeuses du sein, en rappelant ces cas d'indurations squirrheuses et cancéreuses que la plupart des auteurs rapportent à la scrofule, et qui s'observent plus fréquemment dans la forme grave que dans toute autre forme.

Coryza chronique et ozène.

Nous avons vu qu'un symptôme très-fréquent de la scrofule était une affection catarrhale de la muqueuse nasale.

Cette affection se renouvelle plusieurs fois dans les commencements à l'état aigu, puis elle devient habituelle. Les malades dorment la bouche ouverte, le passage de l'air par les fosses nasales est gêné, ils ont la voix nasillarde. Chez les enfants, rien n'est plus fréquent qu'un écoulement, une sorte de jetage mucoso-purulent, épais, visqueux, qui sort des narines et descend sur la lèvre supérieure. Le liquide qu'exhale la pituitaire n'est pas toujours aussi épais; il est, dans d'autres circonstances, clair, séreux, âcre, irritant; la peau du nez et de la lèvre est rouge, enflammée, ulcérée, souvent recouverte de croûtes.

A la longue, ces parties se gonflent, se tuméfient, et donnent au facies des scrofuleux un aspect tout à fait caractéristique.

Mais chez quelques scrofuleux les altérations ne se bornent pas là : des ulcérations se produisent dans l'intérieur des fosses nasales, et les malades

sont affectés d'ozène. Ces ulcérations peuvent être sèches ou sans suppuration bien marquée ; ou bien elles fournissent un liquide purulent, ichoreux, sanguinolent. Dans l'un et dans l'autre cas, il s'exhale des parties malades une odeur pénétrante, nauséabonde, infecte, dont aucune description ne saurait exprimer la nature. La perte de l'odorat, une sensation incommode, une douleur obtuse et profonde, accompagnent presque toujours les symptômes précédents.

L'affection marche ordinairement très-lentement. Les ulcérations (et il n'est pas prouvé qu'il en existe toujours) sont très-souvent bornées à la muqueuse nasale. Elles peuvent s'étendre aux parties plus profondes, aux os, aux cartilages.

Comme cette lésion ne fait que des progrès très-lents, que fort souvent elle reste stationnaire et qu'elle n'entraîne pas ordinairement la mort, on n'a pas facilement l'occasion d'en étudier l'évolution. C'est ce qui explique le peu de renseignements que l'on possède jusqu'à présent sur sa nature, son siége, sa marche et ses caractères différentiels (1).

---

(1) Il est presque impossible de donner, dans l'état actuel de nos connaissances sur ce point, le diagnostic différentiel de l'ozène scrofuleux et de l'ozène syphilitique.

Lupus

(Lupus vorax, herpes exedens, esthiomène, dartre rongeante).

Le lupus est une affection scrofuleuse de la peau, caractérisée par des taches, le plus souvent par des tubercules d'un rouge livide, auxquels succèdent des ulcérations qui se recouvrent de croûtes brunâtres, et qui tendent à détruire les parties sous-jacentes ou circonvoisines.

C'est surtout à la face et particulièrement au nez que siége le lupus. On peut l'observer encore sur d'autres points du corps, mais plus rarement, par exemple, sur la poitrine, les épaules, la partie externe de l'avant-bras, le dos du pied et de la main. Tantôt le lupus n'affecte qu'une seule partie, tantôt il en attaque plusieurs à la fois ou simultanément.

Il débute ordinairement par l'apparition de tubercules d'un rouge obscur, qui se réunissent souvent plusieurs ensemble, se ramollissent et s'ulcèrent; mais il ne commence pas toujours ainsi; tantôt il se forme sur le nez, par exemple, en même temps qu'il existe un coryza chronique, des croûtes qu'on arrache; elles sont remplacées par d'autres plus épaisses, lesquelles recouvrent une ulcération; tantôt la peau rougit, s'amincit peu à peu, prend une teinte lie de vin et finit par s'ulcérer. Dans quelques cas, sans s'être ulcérée, mais seulement après une desquamation épidermique qui a duré

un certain temps, elle revêt l'apparence d'une cicatrice, comme à la suite d'une brûlure.

On a distingué le lupus en trois variétés : 1° celui qui *ronge en surface;* 2° celui qui *ronge en profondeur;* 3° le lupus avec *hypertrophie* (1).

I. Le plus souvent « il se développe sur la peau un ou plusieurs petits tubercules mous d'un rouge obscur. Après être restés stationnaires pendant un temps plus ou moins long, tout à coup ils prennent de l'accroissement, ils se multiplient, la peau devient le siége d'un léger gonflement, comme œdémateux dans les intervalles qui les séparent, leurs bases se confondent, leurs sommets s'ulcèrent, et bientôt ce n'est plus qu'une surface continue qui présente une ulcération irrégulière, de mauvaise nature. Cette ulcération se recouvre d'une croûte noirâtre fort adhérente; elle gagne de proche en proche. » (Cazenave et Schedel.)

Le lupus peut se cicatriser d'un côté et faire de nouveaux progrès d'un autre côté. Le plus souvent les cicatrices s'ulcèrent derechef; elles sont bordées de tubercules qui forment un bourrelet irrégulier, saillant, induré, et qui sont le point de départ de nouveaux ravages qui peuvent s'étendre à presque toute la face.

Quand, par suite d'un traitement convenable, ou

---

(1) Div. de M. Biett (MM. Cazenave et Schedel).

spontanément, l'affection s'arrête et diminue, « la figure présente un aspect tout à fait remarquable; elle offre une foule de cicatrices irrégulières, souvent très-étendues, d'un blanc quelquefois rosé, tendues, luisantes, assez épaisses dans quelques points, mais dans d'autres tellement minces qu'elles paraissent comme transparentes et qu'on dirait qu'elles sont sur le point de se rompre. » (Ibid.)

II. La seconde variété du lupus a pour siége presque constant le nez, ses ailes ou son extrémité. De quelque manière qu'elle commence, la partie affectée se recouvre, au bout d'un certain temps, d'une croûte épaisse qui cache une ulcération de mauvaise nature. La peau et les cartilages se détruisent, un écoulement fétide a souvent lieu par le nez. La destruction peut s'étendre à la totalité du nez, à la cloison. Quand l'ulcération s'est bornée à un point peu étendu des parties externes, les narines sont quelquefois rétrécies, le nez amoindri, effilé.

Mais les ravages du lupus ne sont pas en rapport avec sa durée; il peut en produire de très-grands en fort peu de temps, aussi bien que rester stationnaire pendant plusieurs années.

III. La troisième variété est caractérisée par des tubercules qui s'ulcèrent rarement, mais dont la base s'élargit et repose sur des tissus engorgés, tuméfiés, hypertrophiés.

Le visage peut prendre quelquefois des dimensions énormes; tous les traits sont grossis, épais, déformés (1).

Ces différentes variétés peuvent exister chez le même individu.

Il est très-rare que le lupus se guérisse de lui-même (2); il présente assez souvent des rémissions marquées et paraît marcher vers une cicatrisation définitive, puis il reprend bientôt l'intensité qu'il avait précédemment, il peut même s'aggraver de plus en plus.

Chez certains scrofuleux il paraît stationnaire; il offre une lenteur et une bénignité remarquables.

Les malades ne succombent jamais à cette affection, mais bien à des complications qui surviennent ou aux progrès de la cachexie scrofuleuse.

Gourmes, croûtes de lait, achores, fausse teigne, tinea faciei, porrigo larvalis (Willan), impetigo larvalis (Biett).

Cette affection est caractérisée par une éruption « de pustules superficielles, d'un blanc jaunâtre, plus ou moins confluentes, réunies en groupes, auxquelles succèdent des croûtes jaunes et verdâtres,

---

(1) Il n'est pas besoin qu'il existe un lupus pour que ces hypertrophies partielles se manifestent chez les scrofuleux. Il y a, en effet, une sorte de léontiasis ou d'éléphantiasis symptomatique de la scrofule.

(2) Quelquefois un érysipèle intercurrent en détermine la guérison.

tantôt lamelleuses et minces, tantôt épaisses et rugueuses, qui offrent la plus grande analogie avec celles de l'eczéma impetiginodes ou de l'impetigo figurata. » (Cazenave et Schedel.)

C'est un des premiers symptômes de la scrofule; aussi tous les auteurs s'accordent-ils à dire qu'on l'observe chez les jeunes sujets et principalement chez les petits enfants, surtout au moment de la dentition.

Cette éruption peut se développer sur toutes les parties du corps (1), mais elle affecte plus particulièrement le cuir chevelu, le front, les tempes, les lèvres, les oreilles; souvent elle revêt la face presque tout entière d'un masque de croûtes plus ou moins épaisses.

Elle présente un certain nombre de variétés; assez souvent elle est extrêmement bénigne et ne consiste que dans le développement de petites pustules, auxquelles succèdent bientôt des croûtes d'un jaune flavescent qui ne tardent pas à tomber, mais elle présente dans certains cas plus d'intensité.

L'affection débute alors par de petites pustules groupées sur une surface enflammée, tuméfiée, qui est le siége d'une vive démangeaison. Elles s'ouvrent spontanément ou les petits malades les écorchent

---

(1) Quand l'éruption siége sur les membres et sur le tronc, ses pustules sont plus petites, plus discrètes, les croûtes qui leur succèdent beaucoup moins épaisses, en un mot elle présente tous les caractères de l'impetigo.

en se grattant. Le liquide visqueux qui s'en échappe forme des croûtes d'un jaune verdâtre, toujours un peu molles et composées de couches superposées. D'abord molles et épaisses, elles se durcissent en s'amincissant; elles se détachent, d'autres les remplacent. Quelquefois les petites ulcérations restent à nu, baignées seulement par une exhalation qui ne se concrète point.

Dans d'autres cas, les pustules sont plus grosses, plus rapprochées, siégeant derrière les oreilles, ou bien occupant tantôt la partie postérieure de la tête, tantôt le cuir chevelu tout entier. La peau ulcérée, enflammée, laisse suinter un liquide poisseux, jaunâtre, d'une odeur nauséabonde, qui colle et agglutine les cheveux. La tête est souvent recouverte en totalité de croûtes sous lesquelles ce liquide s'accumule et s'altère. Les malades, tourmentés par une irrésistible démangeaison qu'augmente encore la présence d'une énorme quantité de poux, se déchirent la peau qui, dans certains points, paraît alors couverte d'une suppuration sanguinolente. Le tissu cellulaire devient aussi quelquefois le siége de petites collections purulentes. Les cheveux peuvent tomber dans une étendue plus ou moins considérable, mais ils ne tardent pas à repousser, sans qu'il reste de traces de cette alopécie accidentelle et momentanée.

Quand l'affection est sur le point de se terminer, l'écoulement puriforme diminue, les croûtes pâlissent, s'amincissent, la peau n'est plus rouge, mais

légèrement rosée et recouverte seulement d'une desquamation légère qui ne tarde pas à disparaître. Quelquefois il reste pendant un certain temps des fissures, des crevasses. Il arrive assez souvent que l'éruption se reproduise après avoir complétement disparu.

La durée de cette affection est très-variable, mais elle persiste toujours pendant un temps assez long, ordinairement pendant plusieurs mois.

Elle se complique souvent, quand elle est intense, de l'engorgement et de la suppuration des ganglions lymphatiques voisins, de l'inflammation chronique des paupières et d'un écoulement catarrhal abondant dont ces dernières sont le siége.

Impetigo granulata, galons, porrigine granulée.

Ce n'est qu'une variété de l'impetigo larvalis; cette affection consiste dans la présence au milieu des cheveux de petites croûtes séparées, grisâtres, d'une figure très-irrégulière et très-inégale..., qui succèdent à de petites pustules, le plus souvent irrégulièrement disséminées sur le cuir chevelu. (Cazenave et Schedel.)

Ces croûtes sont d'une couleur plus brune et plus foncée que celles de la variété précédente.

— Quant à la teigne véritable (*favus, porrigo favosa, porrigo scutulata*), nous ne croyons pas devoir la décrire ici. Il est certain qu'elle se manifeste souvent chez les scrofuleux, mais peut-on dire que ce

soit toujours une affection symptomatique? Son existence indépendante et isolée chez certain nombre de sujets, son caractère contagieux (1), ne doivent-ils pas plutôt la faire considérer comme une maladie essentielle, distincte de la scrofule, mais la compliquant fréquemment.

Impetigo, dartre crustacée, mélitagre.

Cette affection consiste dans une éruption de « pustules psydraciées, le plus souvent très-rapprochées les unes des autres qui forment des croûtes en général épaisses, rugueuses et jaunâtres. » (Cazenave.) On l'a divisée en plusieurs variétés.

Impetigo figurata, ainsi nommée, parce que les pustules sont agglomérées sur un point et occupent une surface à laquelle on peut assigner une forme, une figure.

L'éruption se manifeste le plus souvent à la face et particulièrement sur les joues, moins fréquemment sur les membres et sur le tronc.

On l'observe chez les enfants à l'époque de la dentition et chez les jeunes gens et les femmes qui ont la peau fine et le teint frais; elle affecte souvent les femmes à l'âge critique. Elle survient au printemps et quelquefois reparaît périodiquement à la

---

(1) Parmi les affections symptomatiques de la scrofule, ce serait donc la seule contagieuse.

même époque pendant plusieurs années; son début et ses recrudescences présentent un caractère aigu.

Les malades éprouvent un peu de malaise, de céphalalgie, quelquefois ils sont pris d'un mouvement fébrile assez intense; plusieurs petites plaques rouges, isolées ou réunies apparaissent sur le visage. Dans quelques cas on pourrait croire qu'on va avoir affaire à un érysipèle. De petites pustules assez rapprochées recouvrent très-promptement les plaques rouges, qui sont le siége d'une vive démangeaison. Ces pustules sont petites, agglomérées, peu saillantes au-dessus de la peau. Dans l'espace de deux à trois jours, elles s'ouvrent et laissent écouler un liquide séro-purulent qui, en se desséchant, forme des croûtes jaunâtres, très-friables, demi-transparentes, assez semblables à du miel desséché.

L'impetigo figurata reste stationnaire pendant un certain temps, de deux à quatre septénaires, s'il n'est pas prolongé par de nouvelles éruptions de pustules. C'est alors qu'on observe des croûtes plus ou moins nombreuses sur une surface rouge qui donne lieu à un suintement séro-purulent.

Bientôt la rougeur, la tension et le suintement diminuent, les croûtes se détachent. Il ne reste plus qu'une coloration rosée de la peau, qui est luisante et recouverte d'un épiderme très-fin. Il s'y fait souvent de légères gerçures d'où suinte un liquide qui, en se desséchant, forme de nouvelles croûtes, mais moins épaisses que les premières.

L'affection peut se reproduire plusieurs fois, quel-

quefois elle se prolonge indéfiniment; elle peut se borner aux paupières, aux lèvres, ou s'étendre plus ou moins aux parties voisines.

Cette éruption s'observe aussi quelquefois sur les membres et sur le tronc: aux membres inférieurs, les plaques sont plus larges et de forme ovale; aux supérieurs, elles sont plus petites et plus arrondies.

L'impetigo figurata peut exister à l'état aigu. Au lieu de pustules se développant successivement et en grand nombre sur les plaques enflammées, on n'en trouve que quelques-unes, seulement de temps à autre, surtout vers la circonférence; la forme particulière, irrégulièrement arrondie, des plaques, et les larges croûtes qui les recouvrent, suffisent pour faire reconnaître l'affection.

L'*impetigo sparsa* ne diffère de la variété précédente que par l'isolement des pustules, qui sont disséminées, parce qu'elle existe plus habituellement à l'état chronique, et par son siége de prédilection aux membres inférieurs.

L'*impetigo scabida* est caractérisé par des croûtes brunes, très-épaisses, qui, dans certains cas, paraissent enchâsser un membre tout entier. On ne l'observe guère que chez des sujets d'un certain âge.

L'*impetigo erysipelatodes* est précédé d'une tuméfaction erysipélateuse.

L'*impetigo rodens* est ainsi nommé parce qu'il paraît tendre à détruire les tissus qu'il affecte.

Engelures, érythème pernio.

Cette petite affection (1) s'annonce par une rougeur plus ou moins vive, accompagnée de gonflement, de chatouillement et de démangeaison superficielle. Elle siége le plus habituellement sur la face dorsale des doigts et des orteils, au talon, sur le bout du nez. Chez quelques individus, elles sont très-légères et se bornent aux phénomènes que nous venons d'indiquer; chez d'autres, la peau se gerce, se fendille, s'ulcère; il se forme des phlyctènes, et l'épiderme se détache. Quelquefois il en résulte des ulcérations assez profondes qui donnent lieu à un écoulement purulent plus ou moins considérable. C'est alors qu'on observe ces ulcères blafards et sanieux entourés d'une peau bleuâtre et livide, et accompagnés d'une sensation de brûlure.

Dans quelques cas très-rares, les os peuvent être consécutivement ou simultanément atteints de carie.

Cette affection reparaît presque tous les ans chez les individus qui y sont sujets, à l'entrée de l'hiver, au moment des premiers froids.

Les scrofuleux sont sujets à un certain nombre d'autres affections de la peau. Ces affections appar-

(1) Toutes les engelures ne sont pas nécessairement scrofuleuses. Celles qui sont rebelles, qui s'ulcèrent, le sont ordinairement.

tiennent-elles en propre à la scrofule? Il y a de grandes probabilités en faveur de cette manière de voir ; cependant nous en appelons à l'expérience, et nous ne croyons pouvoir conclure qu'à un plus ample informé (1).

Ce qu'il y a de certain, c'est que ces éruptions ne sont pas des maladies essentielles ayant une existence indépendante ; qu'elles se combinent souvent (2), se succèdent, alternent chez le même sujet, entre elles et avec celles que nous avons décrites précédemment, et qu'on peut les considérer comme des affections souvent symptomatiques de la scrofule.

Nous allons les passer rapidement en revue.

L'une des plus fréquentes est l'*eczéma*, affection caractérisée au début « par des vésicules ordinairement très-petites, agglomérées en grand nombre et

---

(1) Ces affections, au moins quelques-unes d'entre elles, ne sont-elles pas communes à la goutte aussi bien qu'à la scrofule?

La direction de nos études ne nous a pas permis jusqu'ici de faire pour la scrofule ce qu'on a fait pour la syphilis. (Voy. les différents mémoires publiés récemment sur les syphilides.)

(2) Au grand déplaisir des dermatologistes, qui, après avoir cherché une distinction radicale dans la *forme élémentaire,* sont obligés de constater que ces prétendues *maladies* de la peau ne sont souvent que des variétés ou des périodes successives d'une même *affection,* témoins ces dénominations d'*eczéma impétiginodes*, d'*eczéma lichenoïde*, d'*éruptions vésiculo-pustuleuses,* etc. etc.

occupant le plus souvent des surfaces très-larges, non circonscrites et irrégulières.» (Cazenave et Schedel.) L'aspect de l'eczéma varie suivant ses diverses périodes. Débutant ordinairement d'une manière aiguë, il passe à l'état chronique et se prolonge indéfiniment.

L'eczéma siége de préférence aux aines, aux aisselles, sur le pubis, les mamelles, le scrotum, les oreilles, les cuisses, le cuir chevelu.

Une fois à l'état chronique, l'eczéma présente l'aspect suivant : « la peau irritée sans cesse par la présence d'un liquide ichoreux et par des éruptions successives, loin de reprendre peu à peu son état naturel, s'enflamme très-profondément ; elle s'excorie, il s'établit des gerçures, surtout au niveau des articulations ; enfin, il se fait une exhalation continuelle d'une sérosité des plus abondantes. » (Ibid.)

Dans quelques cas, il n'y a pas d'exhalation séreuse ou séro-purulente. La peau, dans les régions affectées, est d'un rouge vif, recouverte de squammes sèches et minces, fendillées, sillonnées de gerçures profondes. C'est alors que l'eczéma peut être pris pour un psoriaris.

Il n'est pas rare de voir l'eczéma prendre les caractères de l'impetigo et réciproquement.

On peut observer l'eczéma à toutes les périodes de la scrofule, mais c'est le plus souvent chez les sujets d'un certain âge, et quelquefois comme phénomène consécutif de la maladie qu'on le rencontre.

« Chez les enfants faibles, mal nourris, cachecti-

ques, surtout chez ceux qui ont été affectés d'entérite avec tuméfaction de l'abdomen (1), si fréquente alors, on voit souvent se développer l'*ecthyma* » (ib.), c'est-à-dire des pustules larges, arrondies, ordinairement discrètes, dont la base est enflammée, et qui donnent lieu à des croûtes épaisses, noirâtres, auxquelles succède une tache rouge qui persiste un certain temps.

Il n'est pas rare de voir, chez les scrofuleux, la peau se recouvrir de papules de *lichen*. Il est une variété de cette affection qu'on observe surtout chez les enfants à la mamelle, c'est le *lichen strophulus*. Le *lichen agrius* s'observe également, mais à un âge plus avancé. Il se caractérise par une éruption de papules, petites, enflammées, s'accompagnant de démangeaisons extrêmement vives, d'une rougeur erysipélateuse et diffuse de la peau. De petites ulcérations se forment, il s'en écoule un liquide séro-purulent; des croûtes peu épaisses se forment et sont suivies de desquamation. Il y a de temps à autre des exacerbations. Quand l'affection est passée à l'état chronique, elle s'accompagne ordinairement d'un gonflement, d'un épaississement notable de la peau.

Enfin, différentes parties du corps, chez les scrofuleux, se couvrent de bulles de pemphigus. Ce symptôme n'est pas très-rare chez les adultes et les

---

(1) En d'autres termes, chez les enfants scrofuleux.

vieillards; ordinairement il existe en même temps que d'autres éruptions, quelquefois il paraît fixé à certaines parties. Un malade du service de M. Biett présentait « à la partie inférieure des jambes une surface d'un rouge pourpre, semblable à celle que l'on trouve chez les personnes qui sont affectées d'ulcères atoniques sur ces parties. » (Ibid.) Ce phénomène était dû au développement continuel, depuis un grand nombre d'années, de bulles de pemphigus se succédant les unes aux autres (1).

Il peut se développer, dans le cours de la scrofule et sous son influence, quelques autres éruptions, acné, mentagre, varus, etc.; mais celles que nous avons indiquées sont les plus fréquentes, et parmi elles les affections eczémateuses, impétigineuses, lichénoïdes.

Ces éruptions, comme nous l'avons dit, se succèdent, se compliquent, alternent les unes avec les autres.

Elles s'observent très-souvent dans la forme bénigne; elles tiennent lieu alors d'affections plus graves, et quelquefois sont le seul symptôme par lequel se manifeste la maladie (2).

---

(1) M. Biett a souvent vu coïncider le pemphigus avec des lésions constatées à l'autopsie, lésions très-fréquentes chez les scrofuleux, à savoir : des épanchements séreux dans la poitrine, et le foie gras.

(2) Voici une observation qui confirmera ce que nous venons de dire; nous la devons à l'obligeance de notre ami M. Gabalda, ancien interne à l'hôpital Saint-Louis.

Scrofule; développement successif d'éruptions vésiculeuses, pustuleuses et bulleuses; pleurésie avec tubercules; épanchements séreux; mort.

(Hôpital Saint-Louis, service de M. Gibert.)

La nommée Stephant, âgée de trente-trois ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis (pavillon Gabrielle, n° 17) le 25 avril 1844.

Cette malade a toujours été sujette à des éruptions dartreuses. Pendant son enfance, elle a eu des croûtes à la tête et des engorgements ganglionnaires du cou; ces derniers n'ont pas suppuré. Plus tard et jusqu'à l'époque où elle a été réglée, elle avait souvent des furoncles ou des pustules d'ecthyma dans différents points de la surface du corps. La menstruation s'est établie à l'âge de dix-sept ans, et elle s'est accomplie régulièrement jusqu'à l'âge de trente et un ans; mais, à chaque époque menstruelle, il poussait dans différentes parties du corps des groupes de vésicules suivies d'exhalation séreuse et de desquamation (eczéma). Ces eczémas disparaissaient après une durée de quelques jours et se manifestaient de nouveau le mois suivant. Ces éruptions périodiques ont persisté pendant quatorze ans (depuis dix-sept jusqu'à trente et un ans), et pendant ce long intervalle la malade a plusieurs fois consulté un médecin qui lui a toujours recommandé de ne pas recourir à un traitement énergique, mais seulement de se purger de temps à autre, ordonnance qu'elle a fidèlement suivie. A l'âge de trente et un ans, la forme et l'aspect de l'éruption ont changé: il est survenu, d'abord à la tête, puis sur le nez et sur le reste de la face, des petites pustules suivies d'exhalation et de formation de croûtes (impetigo). Cette fois, l'éruption dartreuse

n'a pas disparu comme les précédentes ; en outre, elle s'est étendue peu à peu, et, au bout de dix mois environ, elle avait gagné presque toute la surface du corps. A partir de cette époque, la malade a cessé d'être réglée. Cet état persistait depuis deux ans au moment où la malade est entrée dans le service de M. Gibert (25 avril 1844).

Voici les symptômes qu'on observe au moment de son entrée : la face, le cuir chevelu, les membres et une grande partie du tronc, sont presque entièrement recouverts par une desquamation croûteuse dans quelques points et simplement squameuse dans d'autres. Dans quelques parties, les surfaces sont sèches; dans d'autres, au contraire, une exhalation séreuse s'opère au-dessous des croûtes. Ce dernier phénomène s'observe surtout à la face, mais non d'une manière constante : de temps en temps, et comme par bouffées, les téguments du visage s'enflamment et se tuméfient, puis leur surface devient humide et en même temps le gonflement diminue; quelques croûtes se détachent et il s'en forme de nouvelles aux dépens de la sérosité jaunâtre exhalée. L'éruption a persisté ainsi, avec ces altérations de sécheresse et d'humidité, pendant quelques mois.

Au mois d'août, elle a de nouveau changé de forme et d'aspect : de larges soulèvements de l'épiderme remplis de sérosité (bulles de pemphigus chronique) se sont formés d'abord dans les parties où la desquamation n'existait pas (aux poignets, aux mains, sur les doigts), puis dans d'autres points de la surface du corps. Il y a eu plusieurs éruptions successives de bulles. Quelque temps après leur apparition, il est survenu de la diarrhée, de l'amaigrissement et une diminution considérable des forces. Ces derniers symptômes, de même que les précédents, ont résisté à tous les moyens de traitement qu'on a mis en usage, et ils ont pris de jour

MARCHE.

La marche de la scrofule est essentiellement chronique (1). C'est là un caractère qui n'appartient pas seulement à la maladie dans son ensemble, mais qu'elle imprime à chacune de ses affections symptomatiques.

Cependant il est certains cas où la scrofule paraît marcher plus rapidement. La forme grave a quelquefois une remarquable acuité, par exemple,

---

en jour un caractère plus grave. A mesure qu'ils ont augmenté d'intensité, l'éruption a diminué; on n'a plus observé de nouvelles poussées de bulles, les surfaces n'ont plus présenté d'exhalation, les croûtes se sont détachées sur presque tous les points. L'état cachectique et le marasme ont augmenté rapidement. La malade est morte le 18 octobre 1844, cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Épanchement assez considérable de sérosité dans le côté gauche de la poitrine. La surface des deux plèvres est parsemée de nombreux tubercules crus du volume d'une lentille ou un peu plus gros. Il n'y a point de tubercules dans le parenchyme des poumons. Le foie est volumineux et gras. Tous les autres organes sont exsangues et dans un état d'émaciation extrême. L'intestin est réduit à un très-petit calibre dans toute sa longueur; la muqueuse intestinale est blanchâtre, et ne présente ni ulcération, ni la moindre trace d'inflammation.

(1) On la caractériserait encore mieux par la dénomination de marche *chronique à longues périodes*.

quand elle se manifeste par une méningite tuberculeuse ou une phthisie aiguë. Quelques affections peuvent aussi dans la forme commune revêtir le même caractère : il est des ophthalmies scrofuleuses qui se développent avec une rapidité et une intensité effrayantes; mais, même dans ces cas exceptionnels, les symptômes d'inflammation ne surviennent pas ordinairement d'emblée dès le début de l'affection; il existe communément quelques signes avant-coureurs et peu marqués d'une lésion qui ne prendra que plus tard un développement subit, ou bien cette lésion peut longtemps rester à l'état latent et ne se manifester tout à coup que par des phénomènes graves et promptement mortels. C'est ce qu'il n'est pas rare d'observer pour les tubercules du cerveau, pour ceux du péritoine et même du poumon. Enfin, une affection très-lente dans son évolution, telle que la carie du rocher, peut déterminer tout à coup une complication, comme une inflammation aiguë des méningites et du cerveau.

Il n'est pas moins vrai que la scrofule et les affections scrofuleuses ont, pour l'ordinaire et dans la grande majorité des cas, une marche chronique; mais la chronicité n'est pas le seul caractère de la marche de cette maladie. La scrofule parcourt plusieurs périodes, du moins dans sa forme commune; ces périodes sont, chez un certain nombre de sujets, séparés par des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels la maladie ne se révèle par aucun symptôme : c'est ainsi qu'après la puberté on observe

un temps d'arrêt, les malades paraissent guéris; puis, quelques années après, sous l'influence d'une cause quelconque, du mariage, d'un premier ou d'un second accouchement, chez les femmes, une nouvelle série d'affections se manifeste, les mêmes symptômes qui s'étaient déjà montrés reparaissent; enfin, si la mort n'arrive pas alors, une nouvelle amélioration peut survenir. On peut encore observer une disparition plus ou moins complète des phénomènes morbides, qui ne se reproduisent sous la même forme ou sous un autre aspect que vers l'âge critique de quarante à cinquante ans.

Ainsi que nous l'avons vu, la forme grave parcourt généralement plus vite ses périodes; elles sont plus rapprochées, plus confondues. Il n'en est pas de même que dans la forme commune, où les affections les plus légères, celles de la peau et des muqueuses, marquent le début et ne cèdent la place que successivement à des lésions plus graves, aux tumeurs écrouelleuses, aux abcès, aux caries, aux tubercules des viscères, etc. Dans la forme maligne, cette gradation n'existe souvent pas; les affections les plus graves peuvent s'observer presque dès le commencement. Les caractères opposés appartiennent à la forme bénigne, c'est-à-dire la lenteur avec laquelle la maladie traverse ses différentes phases, la persistance des symptômes les plus légers, la longueur de ces intervalles de temps où la santé paraît parfaite, quoique la maladie ne soit pas définitivement guérie et puisse se manifester encore.

Du reste, quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, la plupart des affections scrofuleuses éprouvent de la part des saisons une modification remarquable et parcourent une sorte de révolution annuelle. Presque toutes s'aggravent pendant l'hiver et s'améliorent pendant l'été, particulièrement les ophthalmies, les coryzas, les bronchites, les écoulements muqueux. Les affections cutanées prennent ordinairement plus d'intensité au printemps. « Les tumeurs et les ulcères particuliers aux écrouelles, dit Cullen (1), paraissent d'abord au printemps, et se guérissent fréquemment dans le cours de l'été suivant. Ils ne reparaissent de nouveau qu'au retour du printemps et suivent encore avec la saison le même cours qu'avant. »

On a remarqué que la scrofule qui se développe à la suite des fièvres éruptives, de la variole en particulier, présente une marche plus rapide que celle qui survient dans d'autres circonstances.

TERMINAISONS.

La scrofule peut se terminer par la guérison ou par la mort. Elle se prolonge indéfiniment chez certains sujets qui sont toute leur vie dans un état valétudinaire. Le plus souvent alors, cependant, les malades finissent par succomber, dans un âge

---

(1) T. 2, p. 606, trad. de Bosquillon.

avancé, à une affection scrofuleuse; mais la mort peut aussi survenir par le fait d'une maladie accidentelle.

La scrofule bénigne, ainsi que nous l'avons vu, se termine ordinairement par la guérison (1), soit par la disparition insensible et définitive de tous les symptômes, soit par une sorte de crise qu'on observe chez un certain nombre de sujets au moment de la puberté.

« Ils sont pris à cet âge, dit Lalouette (2), de lassitude, de faiblesse, d'engourdissement. La face, déjà pâle, pâlit davantage; l'appétit se perd; bientôt les nuits sont agitées; les yeux, qui étaient languissants, deviennent plus clairs et plus brillants; la peau plus chaude; le pouls, jusque-là petit, devient plus vif et plus fort; l'urine, dans d'autres circonstances, trouble et épaisse, devient plus claire et plus transparente; le ventre se gonfle, la respiration s'accélère, il survient enfin de la fièvre. A ce moment, les jeunes gens se plaignent de temps à autre de douleurs vives dans les articulations. Si l'on examine alors les glandes, on les trouve beaucoup plus molles et plus arrondies; le gonflement des articulations diminue; enfin, sous l'influence

---

(1) A moins qu'elle ne persiste à se manifester de temps à autre ou de continu, par des affections peu graves.

(2) *Traité des scrofules*, t. 1. N'ayant pu nous procurer l'ouvrage de Lalouette, nous avons traduit la citation qu'en fait Kortum, t. 2, ch. *de Prognosi*.

de la crise, les tubercules, jusque-là indolents, se réveillent, deviennent sensibles, mûrissent, suppurent bientôt, et se guérissent radicalement. »

Cette terminaison critique ne s'observe pas seulement dans la forme bénigne, elle peut également survenir dans la forme commune; mais le plus ordinairement cette dernière, surtout quand la maladie est abandonnée à elle-même, se termine d'une manière fâcheuse, après une durée toujours assez longue. Enfin, la forme grave conduit constamment à la mort, à moins qu'un traitement très-énergique, un changement complet de régime, ne déterminent, dans quelques cas très rares, une heureuse modification.

Du reste, quelle que soit la forme que revêt la maladie, quand elle marche vers une terminaison funeste, les sujets qui en sont atteints tombent insensiblement dans cet état cachectique particulier dont nous avons déjà parlé : ils ont la peau terne, sale, sèche; ils sont couverts, la plupart du temps, de fistules, d'ulcères. Il est rare qu'ils soient très-amaigris. Généralement l'amaigrissement, qui s'observe cependant chez un certain nombre de malades, ne va pas jusqu'au marasme. Il est souvent masqué par une bouffissure œdémateuse de la face, des extrémités et quelquefois aussi de tout le corps. Certains scrofuleux conservent une apparence d'embonpoint jusqu'au dernier moment; quelquefois le tissu cellulaire sous-cutané est induré, il en résulte une sorte d'hypertrophie qui durcit et grossit les

traits. La cachexie s'accompagne d'une fièvre lente, peu marquée, avec des redoublements le soir. En général, la fièvre survient tard, et l'on est souvent étonné de rencontrer des malades qui présentent des lésions très-avancées et très-graves, même des viscères les plus importants à la vie, et qui n'ont cependant pas encore de fièvre. L'appétit se perd, une diarrhée colliquative s'établit; mais on n'observe pas de sueurs très-abondantes. Il se manifeste des épanchements dans les différentes cavités, dans la plèvre, dans le péritoine; l'œdème des extrémités augmente. Enfin, le plus ordinairement, quelques accidents inflammatoires, soit une pleurésie, soit une pneumonie, précèdent de très-près la mort.

Rappelons enfin qu'un très-grand nombre de scrofuleux succombent à une pleurésie qui se manifeste comme phénomène ultime (1).

---

(1) *Note sur l'autopsie d'un malade mort de cachexie scrofuleuse ascite, (œdème, pleurésie ultime).*

Le nommé L..., âgé de trente-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de mai 1845. Cet homme est atteint d'une tumeur blanche du coude gauche. Cette affection a commencé il y a près de deux ans; tous les moyens thérapeutiques mis en usage ont été inefficaces. Les téguments se sont ulcérés; deux collections purulentes se manifestent, l'une à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, l'autre en arrière au-dessus de l'olécrâne. Les progrès de ces abcès forcent à pratiquer plusieurs ouver-

Du reste, tous les malades ne passent pas par l'état cachectique ; la mort peut survenir sans ca-

---

tures. Il s'écoule beaucoup de pus ; ces ouvertures permettent de constater l'état des os. Il y a une carie des trois extrémités articulaires. Les cartilages sont en partie détruits ainsi que les ligaments. La suppuration continue très-abondante, elle est fétide et de mauvais caractère. La fièvre hectique s'empare du malade. On se décide à pratiquer la résection des trois têtes articulaires. Avant que d'opérer, on interroge les organes du malade. Les poumons sont parfaitement sains ; le malade n'a jamais eu de toux ni de crachements de sang. Il n'a pas eu d'écrouelles ; il porte seulement des traces d'ophthalmies et il a eu de fréquents rhumes de cerveau.

L'opération est pratiquée et semble promettre les plus heureux résultats. La fièvre hectique avait considérablement diminué. La plaie allait aussi bien que pouvait le permettre le délabrement des parties produit par la résection. L'opération avait été pratiquée vers la fin du mois d'avril. Je perdis le malade de vue le 15 mai, pour ne le retrouver que le 20 juillet.

Les résultats de l'opération n'avaient pas été aussi heureux qu'on se l'était proposé. Les plaies ne s'étaient pas fermées ; la suppuration était toujours abondante ; les tissus qui environnent l'articulation avaient pris un aspect fongueux, lardacé ; la carie avait continué d'envahir les os, malgré les résections. La fièvre hectique avait reparu, elle se manifestait par un paroxysme fébrile qui revenait chaque soir, rarement il était précédé de frissons, toujours il était suivi de sueur qui durait jusqu'au matin, dévoiement abondant. L'état du malade se prolongea de la sorte jusqu'au milieu d'août. A cette époque, la cachexie se manifesta par

chexie, sous l'influence d'une affection aiguë, d'une complication survenue tout à coup, par exemple,

---

de nouveaux symptômes. Pendant quelques jours, le dévoiement se supprima et fut remplacé par une constipation opiniâtre, de la tympanite et des coliques; la fièvre continuait avec les mêmes caractères. Après quatre ou cinq jours, en palpant l'abdomen, on sentit de la fluctuation; elle devint chaque jour plus évidente, en même temps de l'œdème paraissait aux pieds et aux jambes. La constipation était tenace, le malade ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide de purgatifs et de lavements. L'ascite continua sa marche progressive ainsi que l'œdème: cela dura six semaines. Vers les derniers temps, l'oppression était extrême; il y avait parfois des vomissements, la langue était sèche. La fièvre continua jusqu'aux derniers moments avec les mêmes circonstances, il y eut un peu de délire pendant les trois dernières nuits.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. — Nous trouvons les trois extrémités des os cariées, ramollies, fongueuses, noirâtres; ils se brisent par parcelles au moindre contact.

Les tissus environnants sont mous, fongueux, hypertrophiés, remplis de clapiers purulents.

L'abdomen, énormément distendu, laisse échapper un flot de liquide jaune transparent. Le péritoine est parfaitement sain. Les reins et la rate n'offrent aucune altération. Le foie est augmenté de volume, il est gros comme celui d'un phthisique. La veine porte est saine. Les ganglions lymphatiques abdominaux sont exempts d'altération; les veines caves et iliaques de même.

Le poumon droit présente au sommet les traces d'une petite caverne guérie, autour de cette cicatrice quatre ou cinq tubercules gros comme des pois et assez durs.

d'une péritonite suite de perforation, d'une méningo-encéphalite suite de carie du rocher, d'une

---

Du côté droit, nous voyons les altérations d'une pleurésie récente. Le poumon est atrophié, réduit à l'épaisseur de la main, appliqué contre le médiastin qui est refoulé à droite. Les deux plèvres costales et viscérales sont recouvertes de fausses membranes villeuses très-minces; on peut les enlever très-facilement. Le poumon ne présente pas de tubercules. La cavité pleurale est remplie d'un liquide rougeâtre, sanguinolent, trouble, dans lequel surnagent des flocons albumineux et des débris de fausses membranes. Le cœur est sain.

Cachexie scrofuleuse sans fièvre presque jusqu'au dernier moment.

Garçon âgé de huit ans, né à Lyon, entré le 16 octobre 1843 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Ferdinand, 19.

Il n'y a ni scrofuleux, ni phthisiques dans la famille de cet enfant. Dans ses deux ou trois premières années, il a été affecté d'une teigne qui a détruit les cheveux dans plusieurs points. A cinq ans et demi, il fut atteint d'une petite vérole très-bénigne. Un an après, il fit une chute assez grave dont il se rétablit parfaitement, et six mois ensuite, c'est-à-dire à sept ans, il éprouva des atteintes plus graves de la maladie scrofuleuse. Des tumeurs écrouelleuses se formèrent au cou, elles se terminèrent par suppuration, puis apparurent successivement des affections des os du pied, de la main et du coude; elles commencèrent par un gonflement douloureux, et furent suivies de suppuration et d'ulcères. Pendant les cinq premiers mois, l'affection du pied diminua, et même les ulcères s'étaient complétement cicatrisées; mais, le petit malade étant venu à Paris, les ulcères

asphyxie causée par des tumeurs comprimant la trachée, d'une hémorrhagie, etc. etc. Dans quelques

---

du pied s'ouvrirent de nouveau, et les affections du coude et du poignet se manifestèrent pour la première fois ainsi que la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires.

Ce jeune enfant est doué de beaucoup d'intelligence et d'une vive sensibilité; maigre et chétif; ses yeux et ses cheveux sont bruns, son nez gros; sa peau est brune, pâle et terreuse.

Pendant le mois de janvier, il eut de la toux et un dévoiement continuel; mais l'appétit et le sommeil se conservèrent dans un bon état. Vers la fin du mois, les ulcères du pied devinrent blafards, et on craignit un instant la terminaison par gangrène; mais avant la fin du mois, ce mauvais aspect disparut.

Dans la première quinzaine du mois de février, il perdit encore des forces, et l'appétit disparut. Pendant ce temps, la toux et le dévoiement continuaient avec des sueurs pendant le sommeil, le tout sans fièvre, ni le matin ni le soir.

Le 22. Il y avait beaucoup de douleur dans le pied, et son sommeil en était troublé. Le dévoiement, la toux, la perte d'appétit continuaient. Le malade n'avait pas de fièvre, mais sa faiblesse augmentait de plus en plus et il pouvait à peine parler.

Le 25. Les douleurs du pied ont un peu diminué, mais dans les derniers jours du mois son état devint bien plus grave. La toux et le dévoiement persistaient; la face était bouffie et livide; le pied était le siége de douleurs atroces, et les ulcères prenaient un mauvais aspect.

Je constatai un peu plus de fréquence dans le pouls, mais ce phénomène était très-irrégulier.

Enfin la gangrène envahit les ulcères du pied, et fit de si

circonstances, c'est une maladie intercurrente qui détermine la mort.

---

rapides progrès que bientôt toute la partie dorsale du pied fut dénudée. Les articulations furent mises à nu, puis la gangrène s'empara des ulcères du coude et de la main. Le dévoiement et la toux continuèrent; la faiblesse était à son comble; il n'y avait pas du tout de fièvre. Le 4 au soir, l'enfant avait encore toute sa connaissance; la peau était fraîche, son pouls très-petit, sans fréquence. Il mourut dans la nuit.

Maigreur sans marasme.

Autopsie. — Le *cerveau* était très-volumineux, sans altération aucune. Les ventricules latéraux contenaient chacun une cuillerée de sérosité limpide.

Le cœur était d'un volume normal; ses deux ventricules étaient vides et fortement revenus sur eux-mêmes.

Le poumon droit présentait dans son lobe inférieur un grand nombre de granulations grises, demi-transparentes; il y avait quelques granulations semblables dans le lobe supérieur; le tissu environnant était sain.

Le lobe inférieur du poumon gauche était le siége d'un engouement passant déjà en quelques points non circonscrits à l'hépatisation. Les ganglions bronchiques ne contenaient point de tubercules. Le gros intestin présentait sur la partie inférieure plusieurs plaques irrégulières d'un piqueté rouge ecchymotique. Dans leurs intervalles, la muqueuse était parfaitement saine. Il n'y avait point d'ulcération dans tout le tube digestif, dont la muqueuse pâle, décolorée, ne présentait aucune lésion. Le foie et la rate étaient sains; le rein droit présentait une forte congestion de ses deux substances, tandis que le rein gauche au contraire était très-décoloré.

Les *ganglions du mésentère* étaient sains.

DURÉE.

La durée de la scrofule est très-variable, quoique toujours fort longue. Ordinairement de plusieurs années, elle peut se prolonger jusque dans un âge

---

Le pied droit, comme nous l'avons dit précédemment, était le siége d'une gangrène considérable qui avait détruit les articulations des os du tarse entre eux et avec ceux du métatarse.

Ces os étaient le siége d'une carie tuberculeuse déjà très-avancée. La partie centrale du cuboïde était réduite à l'état de séquestre tuberculeux, enveloppé d'une coque osseuse très-mince et déjà perforée en plusieurs endroits. Les autres os présentaient, à différents degrés, des infiltrations et des nécroses tuberculeuses.

L'articulation du coude gauche était le siége d'un grand désordre. La surface de l'ulcère et du conduit fistuleux était sphacelée ; un liquide noirâtre, sanieux, remplissait l'articulation, dans laquelle flottaient librement trois ou quatre séquestres tuberculeux. L'extrémité inférieure de l'humérus présentait une petite cavité tuberculeuse, cylindrique, d'un diamètre un peu plus grand que celui d'une plume à écrire, qui d'une part s'ouvrait dans l'article, et de l'autre pénétrait profondément en diminuant de volume jusqu'à la hauteur du pouce. Une autre cavité mal dessinée, circonscrite par des stalactites osseuses et des parties molles, était située à côté de celle que nous venons de décrire...

Je dois ces deux observations, la première à M. le docteur Dufresne, la seconde à M. le docteur Jousset, anciens internes des hôpitaux.

très-avancé. « La maladie dure plusieurs années, mais très-communément elle se guérit spontanément en quatre ou cinq ans. » (Cullen, t. 2, p. 608, trad. de Bosquillon.) (1)

Il est évident que Cullen n'avait en vue, dans ce passage, que la scrofule bénigne, ou ces cas de scrofule commune sur lesquels la puberté a une si salutaire influence. On sait, en effet, que cette maladie, du moins sous notre ciel et dans nos grandes villes, ne se termine pas, pour l'ordinaire, d'une manière aussi rapide et aussi heureuse.

Elle se reproduit souvent, comme nous l'avons vu, chez les mêmes sujets, à différents âges et sous différents aspects.

---

(1) Bosquillon (ibid., p. 606) va plus loin encore, mais ce qu'il dit ne s'applique qu'aux écrouelles et non à la scrofule considérée dans son ensemble. « J'ajouterai, dit-il, que quand cette maladie suit sa marche la plus ordinaire, elle dure ordinairement quatre et même cinq ans ; qu'au bout de ce temps, les ulcères se guérissent naturellement, et qu'il est rare qu'elle ait des suites, surtout si celui qui en est affecté approche de l'âge de la puberté. C'est pour cette raison que l'on demande communément trois ou quatre ans au moins pour la guérir, et que, faute de connaître son cours, on a vanté quantité de remèdes nuisibles ou au moins inutiles. »

Il est bon de mettre en regard de l'opinion de Cullen et de Bosquillon l'aphorisme de Stoll : « Scrofulæ plerumque « per omnem vitam permanent non sanandæ. »

RECHUTES ET RÉCIDIVES.

Ces fréquentes reproductions du même mal, ces apparitions successives d'affections diverses, ou ces alternatives nombreuses d'aggravation et de diminution d'une affection unique, qu'on observe chez la plupart des scrofuleux, rentrent dans la marche naturelle de la maladie, et ne constituent pas, à proprement parler, des rechutes ni des récidives.

Mais si l'on ne tient pas à la signification rigoureuse de ces mots, on peut dire que rien ne récidive plus facilement que les affections scrofuleuses. On les voit se reproduire souvent après un temps très-considérable, sous la moindre influence, ou même sans cause occasionnelle connue. Et ce que nous disons ici des affections en particulier s'applique encore mieux à la maladie; rien n'est plus fréquent et plus connu. Une affection scrofuleuse n'est pas plutôt guérie, qu'une autre apparaît.

Cependant il est quelques cas rares dans lesquels, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, ou spontanément, la maladie paraît complétement guérie. La constitution des malades a été entièrement modifiée, ils jouissent depuis très-longtemps d'une santé parfaite ; mais ils viennent à subir de nouveau l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, et ils retombent dans leur premier état. Ne sont-ce pas là de véritables récidives?

COMPLICATIONS (1).

La scrofule peut se compliquer d'un certain nombre de maladies ; mais il en est quelques-unes qui méritent d'être signalées plus particulièrement : ce sont les fièvres éruptives, la rougeole, la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la coqueluche, enfin la syphilis. Nous ne parlerons pas ici du rôle de cause occasionnelle que ces maladies jouent très-souvent par rapport à la scrofule. Nous verrons plus loin, en effet, qu'elles sont une condition très-favorable au développement consécutif de cette dernière. Nous n'avons ici à signaler que leur apparition dans le cours de la maladie qui nous occupe, et l'influence réciproque qu'elles paraissent exercer sur la scrofule, et que la scrofule paraît exercer sur elle. La rougeole et la variole accélèrent la marche de toutes les affections scrofuleuses dont tantôt elles déterminent la guérison, que tantôt, au contraire, elles précipitent vers une terminaison funeste. L'érysipèle se comporte de même (2) ; quant à la coqueluche, son influence est plus rarement salutaire. Il est une re-

---

(1) Par complications, nous n'entendons ici que l'existence simultanée chez le même sujet de deux maladies essentielles.

(2) Les scrofuleux peuvent être pris d'un érysipèle essentiel, et c'est alors une véritable complication ; mais l'érysipèle n'est fréquemment qu'un symptôme de la scrofule.

marque due à M. Lugol (1): c'est que la scrofule imprime plus de gravité aux maladies qui la compliquent, à celles que nous venons d'indiquer en particulier (2).

Cette observation est surtout applicable à la syphilis, à propos de laquelle elle avait été faite déjà depuis longtemps. Les scrofuleux affectés de syphilis le sont bien plus gravement que les autres individus, et la scrofule qui se développe en même temps que la syphilis, ou sur laquelle cette dernière est entée, se montre beaucoup plus rebelle que dans toute autre circonstance. Si la syphilis survient chez des sujets prédisposés à la scrofule, celle-ci ne tarde pas à se développer; s'il existe déjà des affections scrofuleuses lors de l'invasion de la syphilis, elles prennent une nouvelle intensité; si enfin la scrofule est guérie, ce qui s'observe assez souvent dans la forme bénigne, la syphilis entraîne fréquemment une récidive.

« L'infection syphilitique des scrofuleux est donc une des complications les plus graves qui puissent survenir. Ces deux maladies réunies semblent recevoir mutuellement une nouvelle force de cette asso-

---

(1) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses.*

(3) Cette remarque, si elle s'appliquait à la variole en particulier, serait en contradiction avec l'opinion de Cullen, Borsieri, Kortum, qui disent formellement que la variole est ordinairement bénigne chez les scrofuleux.

sociation. Elles forment ensemble un état mixte, qui jette dans l'économie des racines encore plus profondes que celles de chacune des maladies dont il est composé. » (Lugol, loc. cit., p. 292.)

On observe quelquefois des scrofuleux qui paraissent présenter certains symptômes de goutte. Sans admettre à ce sujet les idées de Selle (1) et de Stoll (2), qui pensaient que la goutte peut engendrer la scrofule par voie d'hérédité, il importerait de bien constater et d'étudier avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'à présent le fait de simple complication.

La plupart des auteurs répètent à l'envi que le rachitisme et la scrofule existent très-souvent ensemble chez le même sujet (1); mais on a trop fréquemment confondu ces deux maladies, on les a trop souvent décrites en même temps, pour qu'on sache bien à quoi s'en tenir sur la possibilité de leur complication comme maladies distinctes. Cependant un médecin, qui a de nos jours singulièrement éclairé la question de la différence radicale de la

---

(1) « Scrophulosa acrimonia venereæ et arthriticæ soboles « videtur. » (Selle.)

(2) Stoll se demande : « An arthritica materies subsit ? » (*Prælect. in morb. chron.*, p. 31.)

(1) Cullen, qui distingue nettement le rachitis des scrofules, s'exprime ainsi : Les écrouelles sont quelquefois réunies au rachitis ou lui succèdent. (Traduction de Bosquillon, t. 2, p. 605.)

scrofule et du rachitisme, reconnaît que ces deux maladies, « essentiellement distinctes, se rencontrent quelquefois chez le même sujet » (le docteur Guérin) (1).

Enfin, il est un certain nombre de questions qui rentrent dans ce chapitre, et qu'il est impossible de résoudre dans l'état présent de nos connaissances. Nous nous contenterons de poser les suivantes : Le favus, la vraie teigne, est-elle une maladie essentielle compliquant très-souvent la scrofule, ou n'est-ce qu'une affection scrofuleuse? La phthisie essentielle ne complique-t-elle pas quelquefois la maladie qui nous occupe (2)? Certaines tumeurs cancéreuses ou mixtes qu'on observe chez quelques scrofuleux sont-elles véritablement symptomatiques de la scrofule, ou ne sont-elles que le résultat d'une complication de celle-ci avec la diathèse cancéreuse?

On doit du reste ne pas admettre légèrement de semblables complications. Il est très-rare en effet que deux maladies essentielles se compliquent, et quand le fait existe, il n'y a pas de fusion entre les deux maladies. Il arrive ordinairement alors que l'une s'arrête pour laisser marcher l'autre et réciproquement.

---

(1) *Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme*, p. 47; 1839.

(2) Voy. au *Diagnostic* la distinction établie entre ces deux maladies.

LÉSIONS DE LA SCROFULE.

Nous avons étudié en particulier, à propos de chaque affection, les lésions que la scrofule peut produire. Il serait superflu d'y revenir et d'en recommencer l'histoire dans un chapitre spécial. Rappelons seulement ici cette multitude de produits morbides qui se rencontrent chez les scrofuleux, et qui peuvent siéger dans tous les tissus, dans tous les organes, sur tous les points du corps, mais plus particulièrement sur la peau et dans le tissu cellulaire de la face, sur le cuir chevelu, sur les muqueuses oculaire et nasale, sur les ganglions lymphatiques du cou, du mésentère et des bronches, sur le poumon, le cerveau, les articulations, les vertèbres, le sternum, les os du pied et de la main, le rocher, les testicules, les mamelles, l'utérus. Ces lésions sont très-variées, comme nous l'avons vu; ce sont des éruptions cutanées, des ulcérations, des écoulements muqueux ou purulents, des plegmasies, des abcès, des caries, des nécroses, des indurations, des transformations tuberculeuses, des épanchements séreux, de telle sorte que la scrofule n'est pas caractérisée par une lésion spéciale, unique, constante, mais bien au contraire par une série d'altérations dont la plupart lui sont propres, mais dont quelques unes paraissent lui être communes ainsi qu'à d'autres maladies.

Parmi ces dernières, se trouve en première ligne

le tubercule; mais la scrofule imprime ordinairement à ce produit morbide un cachet particulier et lui donne quelques caractères qui ne se retrouvent pas, du moins au même degré, dans les transformations tuberculeuses de la phthisie. (Voyez plus loin, au chapitre du *Diagnostic*, la distinction établie entre ces deux maladies.) Les tubercules, chez les scrofuleux, sont communément plus gros, plus volumineux, en masses plus considérables (1); ils

---

(1) *Scrofule ; grandes masses tuberculeuses enkystées*, etc.

(Hôpital de la Charité, service de M. le professeur Cruveilhier; jeune homme de dix-sept ans.)

Le malade paraît être d'une constitution peu robuste; ses formes sont grêles, il est grand, maigre, sa poitrine est étroite, les omoplates se détachent fortement sur la partie postérieure du thorax.

A onze ans, il a eu deux abcès de nature scrofuleuse. l'un au pied droit, l'autre au-dessous de la mâchoire inférieure; il en porte encore des traces. A la suite de ces abcès, il a été pris d'une conjonctivite chronique, affectant les deux yeux. A la marche et d'après les symptômes que présenta, au rapport du malade, cette nouvelle affection, il n'est pas douteux qu'elle n'ait été de même nature que les abcès froids. Enfin, la conjonctivite a fait place à une éruption herpétique ayant son siége derrière les oreilles, laquelle existe encore au moment où le malade entre à l'hôpital. Ce n'est, du reste, que dans le courant de février 1841 qu'il paraît avoir éprouvé les premiers symptômes de l'affection pour laquelle il vient se faire traiter. Le 21 février, il fut pris d'une hémoptysie très-abondante : le sang fut rendu avec des secousses de toux, il était spumeux, rouge, mé-

ont une évolution plus lente, sont moins susceptibles d'inflammation.

---

langé d'air, le malade en remplit la moitié d'une cuvette; mais les symptômes morbides en restèrent là, c'est à peine s'il y avait un peu de toux. Quelques phénomènes nerveux se manifestèrent plusieurs fois et sans cause connue : la première fois seulement après l'hémoptysie, la moitié gauche du corps fut prise d'une sorte de tremblement peu marqué, durant très-peu de temps, puisqu'il pouvait se renouveler deux fois en cinq minutes. Une tumeur peu volumineuse d'abord, puis plus tard du volume d'un œuf, se forma à la partie latérale droite du cou. Cette tumeur n'était pas bien limitée en bas, et se continuait avec une autre grosseur occupant la partie moyenne et supérieure du dos. On appliqua sur les points tuméfiés des cataplasmes émollients, on fit des frictions avec une pommade iodée; cela ne parut produire aucun résultat. Peu de temps après, le malade éprouve une sensation de gêne dans le pharynx; il avait de la peine, dit-il, à avaler; une grosseur s'était formée dans l'arrière-gorge. Cette gêne de la déglutition dura à peine huit jours. Une grande quantité de matière purulente ayant été tout à coup rendue par la bouche, elle cessa tout à coup aussi ou du moins elle diminua considérablement. Pendant quelques jours, le malade rendit encore du pus par la bouche, si l'on peut appeler pus cette matière sans doute tuberculeuse : c'était surtout après chaque mouvement de déglutition, surtout quand il mangeait, que ce phénomène se renouvelait. Au bout d'une semaine, la déglutition était devenue facile. La grosseur du cou et celle du dos avaient beaucoup diminué. Il resta cependant et il reste encore aujourd'hui une certaine difficulté pour avaler; du reste très-peu de toux, point de sueurs la nuit, pas de fièvre le soir; conservation de l'appétit, état normal des fonctions digestives.

De plus, ils restent quelquefois à l'état latent, et bien que d'un certain volume, bien que développés

---

A son entrée à l'hôpital, le malade portait sur la partie latérale droite du cou, en arrière des apophyses transverses des quatre dernières vertèbres de cette région à peu près, une tumeur indolente, molle, fluctuante, donnant sous la pression de la main et à l'oreille une sensation de gargouillement. Ce gargouillement était très-notable quand le malade toussait ou faisait quelque mouvement violent d'expiration. Au-dessous et en arrière de cette tumeur, au niveau des apophyses épineuses de la deuxième, de la troisième et de la quatrième vertèbres dorsales, un peu à gauche se trouvait une autre grosseur mal circonscrite, mais plus superficielle que la première et présentant identiquement les mêmes caractères. Ces deux tumeurs semblaient en communication l'une avec l'autre; un trajet profond paraissait s'étendre de l'une à l'autre sur le côté droit des apophyses épineuses des vertèbres précédemment citées de la première dorsale et de la septième cervicale; de plus, toute la partie droite et supérieure du thorax donnait un son mat à la percussion, et à l'auscultation on y reconnaissait du râle caverneux, du gargouillement et même, dans la partie supérieure, de la pectoriloquie.

Comme d'ailleurs le malade n'avait pas de fièvre et ne présentait aucun des symptômes généraux des affections tuberculeuses, il ne fut, pour ainsi dire, dans les premiers temps, soumis à aucun traitement général, on lui donna la demi-portion et même les trois quarts, et de plus on fit appliquer deux cautères sur la tumeur du dos.

Au moment des fêtes de Juillet, il voulut sortir et resta hors de l'hôpital pendant un mois. Au commencement du mois d'août, il eut une nouvelle hémoptysie; il commença à suer la nuit, à perdre ses forces, à avoir de la fièvre le

au milieu d'organes très-importants, ils peuvent ne donner lieu pendant la vie à aucun symptôme.

---

soir. Il perdit l'appétit, les digestions se firent péniblement, il survint de la diarrhée. A l'entrée du malade à l'hôpital, les symptômes précédents ne tardèrent pas à se augmenter; il tousse maintenant assez fréquemment, comparativement aux premiers temps de la maladie; mais cependant il ne tousse pas comme la plupart des phthisiques, c'est à peine s'il ressent une certaine gêne du côté de la respiration. Un phénomène bien remarquable, c'est que, malgré le gargouillement qu'on entend dans un espace fort considérable au niveau de la moitié supérieure du poumon droit, il n'y a aucune trace d'expectoration, le malade ne crache pas, il est seulement tourmenté par une fièvre continue. Il n'a aucune espèce d'appétit, il est épuisé par un dévoiement très-considérable; souvent les matières excrétées sont mélangées de sang. Le malade est mis aux potages, puis au bouillon (tisane pectorale, lavements émollients, hydrochlorate d'ammoniaque, julep diacodé). Ce traitement ne produit aucune amélioration, les forces baissent de jour en jour, les traits du visage se tirent et se creusent de plus en plus, la diarrhée et la fièvre ne cessent pas, enfin les bronches s'obstruent, la poitrine s'embarrasse, et le malade finit par succomber.

Autopsie. — A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, le sujet présente un état général de maigreur assez prononcé, la peau est terreuse et sale. On dissèque avec soin et couche par couche la peau, puis les muscles de la région postérieure du tronc; enfin on trouve dans la gouttière vertébrale droite, à une profondeur assez grande, au-dessous des muscles spinaux postérieurs, un long kyste facile à isoler des parties circonvoisines, étendu depuis la troisième ou la quatrième vertèbre jusqu'à la première

C'est ainsi qu'on peut rencontrer des tubercules, dont on ne soupçonnait pas l'existence, dans le

---

lombaire, appliqué sur les lames vertébrales. Ce kyste laisse échapper, à travers quelques éraillures qui y ont été faites pendant la dissection, une matière blanche, épaisse, de consistance semi-liquide, présentant l'aspect et la couleur d'une belle crème. La poche présente à peu près partout la même épaisseur; dans quelques points, elle est légèrement renflée et rétrécie dans d'autres. On remarque dans l'épaisseur des muscles qui recouvrent ce kyste plusieurs petits tubercules jaunes de 1 millimètre à peu près de diamètre. Sur le côté gauche du rachis, au niveau de la deuxième, de la troisième et de la quatrième vertèbre dorsale, se trouve une autre poche, moins allongée, plus large, située beaucoup plus superficiellement. Cette seconde poche est située au-dessous des muscles superficiels du dos, au-dessus de ceux de la couche profonde. Elle est plus grosse à son extrémité inférieure qu'à son extrémité supérieure, qui est appliquée contre la colonne vertébrale. Les deux kystes, mais particulièrement celui de gauche, ressemblent parfaitement aux kystes tuberculeux si bien décrits par M. Nélaton dans sa thèse inaugurale. La cavité du thorax étant ouverte, on trouve quelques tubercules crus au sommet du poumon gauche. Le poumon droit, incisé longitudinalement, présente une quantité très-considérable de tubercules jaunes collectés, à moitié ramollis; quelques petites cavernes se remarquent, en partie vides, en partie remplies par une matière demi-liquide, blanche, crémeuse; elles sont tapissées d'une fausse membrane. La partie supérieure du poumon est complétement adhérente à la paroi thoracique correspondante. Plusieurs cavernes paraissent communiquer au niveau de la première et de la deuxième côte, de la deuxième et de la troisième, et dans leur intervalle

avec le kyste décrit plus haut et qui occupe la gouttière spinale droite; mais tout à fait à la partie supérieure et interne du même poumon, se trouve une vaste excavation de 3 ou 4 centimètres de diamètre, complétement remplie d'une matière blanche, crémeuse, consistante, onctueuse, plutôt solide que liquide.

Un stylet introduit dans cette excavation s'enfonce en dedans dans la direction de la colonne vertébrale, et vient pénétrer au devant du corps des premières vertèbres dorsales, qui se trouve dénudé et séparé du ligament vertébral antérieur et des parties adjacentes par une quantité assez considérable de la même matière tuberculeuse dont nous venons de parler. La colonne vertébrale est sciée dans toute sa longueur, les vertèbres sont parfaitement saines à l'intérieur. La partie antérieure du corps des quatre premières dorsales et des quatre dernières cervicales, ainsi que les apophyses transverses, sont dénudées, rugueuses, superficielles, cariées. Le stylet introduit dans la poche située au devant des premières vertèbres dorsales, laquelle communique avec la grande caverne du poumon droit, remonte en haut sur le côté droit de la partie cervicale du rachis, précisément dans le point qu'occupait la tumeur du cou. Cette poche contient une matière toute semblable à celle de la caverne et à celle des kystes du dos, et se continue en bas avec ces kystes. De ceux-ci, il n'y a que le plus superficiel, c'est-à-dire celui de gauche, qui ait été reconnu pendant la vie. Il est donc probable, d'après la disposition de ces diverses lésions, que la caverne pulmonaire a d'abord communiqué avec le kyste rachidien, puis que la poche tuberculeuse ainsi formée s'est de proche en proche étendue d'une part sur le côté droit du cou, et de l'autre de haut en bas le long des deux gouttières.

Les intestins présentaient quelques ulcérations et des traces d'inflammation.

cerveau, le poumon, le foie, la rate, les reins, la prostate, l'utérus et ses annexes (1 et 2).

Enfin, quand ils siégent dans les os, les tubercules scrofuleux sont très-souvent liés à la carie.

Résumé de l'autopsie d'un scrofuleux mort à Saint-Louis, dans le service de M. Lugol.

Il existe des deux côtés du cou une masse énorme de ganglions entièrement transformés en matière tuberculeuse à l'état de gros tubercules crus. Ces ganglions ressemblent à de gros marrons, quelques-uns seulement sont en voie de ramollissement.

Quelques ganglions bronchiques présentent la même dégénérescence; ils sont aussi très-volumineux. Un ou deux de ces derniers sont passés en partie à l'*état crétacé*.

L'épiploon gastro-hépatique en renferme de plus gros encore, mais en plus petit nombre.

On trouve également dans les poumons de gros tubercules; la plupart sont crus, quelques-uns ramollis. Il existe une vaste caverne au sommet.

Les deux plèvres contiennent une quantité considérable de sérosité.

L'espace nous manque pour multiplier les observations.

(1) Tout le monde connaît l'histoire, citée par Morgagni, de ce nègre qui paraissait bien portant lorsqu'il fut pendu, et dont on trouva le mésentère rempli de ganglions tuberculeux.

(2) Indépendamment des tubercules latents et des affections tuberculeuses (décrites plus haut en particulier) on observe encore chez les scrofuleux des *tubercules disséminés* qui peuvent donner lieu à des symptômes variés, déterminer des inflammations ou des épanchements séreux, quelquefois des accidents de perforation intestinale, etc. etc.

Ceci nous amène tout naturellement à parler de cette autre lésion dont il a été question à propos de chaque affection des os, mais sur laquelle il est nécessaire de revenir d'une manière plus générale (1).

---

(1) Cette observation montre, entre autres choses, l'existence de la carie avec ou sans tubercules.

Nombreux abcès ; carie osseuse avec tubercule au voisinage ; carie avec infiltration purulente et sequestre ; état sain de tous les organes viscéraux.

Le 17 septembre 1845, est entré à l'hôpital Saint-Louis le nommé Malmezat (Bernard), journalier, demeurant rue Tirechappe, 12.

Le père de ce malade a toujours été et est encore bien portant. Sa mère est morte en accouchant de son onzième enfant. De ces onze enfants, six seulement vivent encore et jouissent d'une bonne santé ; le genre de mort des autres n'est pas connu du malade, qui nous donne ces renseignements.

Quant à lui, il a toujours habité la campagne, et dit s'être toujours bien porté. Il n'est malade que depuis deux ans. Son mal a commencé par un abcès au mollet gauche. Cet abcès ne s'est fermé qu'après quinze ou vingt mois. Six mois environ après son apparition, il s'en était développé un autre à la partie inférieure de la jambe droite.

L'hiver suivant, une nouvelle affection se manifesta. Le doigt médius de la main gauche devint le siége d'un gonflement non douloureux. Ce gonflement, qui donnait au doigt l'aspect fusiforme caractéristique de ces sortes de lésions, s'étendait depuis le métacarpe jusqu'à la dernière phalange.

La peau qui recouvre la partie affectée est d'un rouge livide et percée de quelques orifices fistuleux.

Carie scrofuleuse. — La carie n'est-elle pas une altération des os, simple ou complexe, qu'on a pour

---

Au niveau du troisième métacarpien, sur le dos de la main droite, s'observe une ulcération fistuleuse.

Un abcès s'est récemment développé au pied droit, sur la première phalange du pouce.

Depuis que le malade est entré à l'hôpital, plusieurs abcès se sont encore formés. On en ouvre un, qui siége au niveau de la région sous-claviculaire droite: il en sort avec une assez grande quantité de pus épais et bien lié, une masse blanchâtre et grumeuse qu'on prendrait au premier abord pour de la matière tuberculeuse, mais, bien lavée sous un filet d'eau, cette masse est reconnue n'être qu'un paquet de tissu cellulaire, dont les mailles étaient infiltrées de pus, et qui flottait au milieu du foyer.

L'état du malade empire de jour en jour. Pouls fréquent, manque d'appétit, soif vive.

Plusieurs cicatrices d'anciens abcès se rouvrent et donnent du pus. Un gonflement douloureux s'observe sur la partie latérale externe du genou; le facies est altéré, les extrémités s'œdématient, et le malade meurt dans le courant de décembre.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le cadavre présente déjà des traces de putréfaction; il n'offre pas les caractères de l'émaciation.

De nombreux abcès existent; les uns peu volumineux, les autres très-vastes, surtout le dernier qui est survenu pendant la nuit. Ces abcès sont pour la plupart sous-cutanés, fistuleux, quelques-uns en voie de cicatrisation. Presque tous ces foyers, dont le pus s'est écoulé en grande partie au dehors, sont remplis de sanie purulente, quelques-uns de sang fluide et noirâtre. La peau qui les recouvre présente une teinte bleuâtre, violacée, comme celle

ainsi dire morcelée sous les noms d'hypertrophie, de raréfaction, de ramollissement du tissu osseux,

---

des ecchymoses. Les points principaux où siégent ces foyers sont la région sus et sous-épineuse droite, pectorale droite, la région fessière du même côté, le cou-de-pied droit, le bras gauche, la région sous-claviculaire droite, et la partie externe du genou gauche. Aucun de ces abcès ou des trajets fistuleux qui s'y rendent ne pénètrent jusqu'aux os sous-jacents, dont l'état sain est constaté avec soin. Le plus vaste et le plus récent des foyers, qui s'étend en dehors du genou gauche, depuis la partie externe de la cuisse jusqu'au-dessous et en arrière de l'articulation, ne contenait que du sang noir, de couleur louche. Les muscles profonds étaient disséqués, mais aucune partie du fémur, du tibia ou de la tête du péroné, n'était à découvert, et ces os n'étaient nullement affectés.

Le doigt médius de la main gauche et le troisième métacarpien de la main droite présentaient le premier un gonflement fusiforme avec plusieurs trajets fistuleux, le second un gonflement considérable correspondant à une ulcération ouverte sur le dos de la main.

Ces deux parties, séparées du sujet, ont dû être étudiées avec un soin tout particulier.

Coupé avec un fort couteau dans le sens de sa longueur, le doigt médius présentait à considérer les parties molles gonflées, indurées, traversées de trajets fistuleux.

L'articulation de la première avec la deuxième phalange était le siége de graves désordres.

La tête de la première phalange, noire, ramollie, friable, infiltrée de pus, était complétement détachée de la diaphyse et à l'état de séquestre. L'inflammation qui s'était développée dans l'articulation s'était propagée, comme toujours, suivant les couches vasculaires. L'épiphyse, complétement

de suppuration, d'état fongueux des os, d'ostéite raréfiante, condensante, de tubercules des os, d'in-

---

isolée par un cercle inflammatoire, avait dû nécessairement passer à l'état de séquestre et se détacher. Les parties voisines du reste de la phalange, c'est-à-dire l'extrémité adjacente de la diaphyse, présentaient encore des traces de ce cercle inflammatoire; elles étaient rouges, injectées, de couleur lie de vin, ramollies, friables, cariées en un mot. La tête correspondante de la deuxième phalange présentait seulement le commencement du travail morbide qu'avait subi la première, et qui était arrivé à un degré plus avancé. La surface articulaire seule était ramollie et détruite en partie.

Il y avait de plus sur la moitié de la première phalange et à son centre, un tubercule gros comme une petite amande, reconnaissable à sa couleur blanc jaunâtre et mate, et tranchant d'une manière très-nette sur le tissu osseux, qui était sain tout autour, et qui ne présentait les désordres décrits ci-dessus qu'à 1 centimètre et demi au-dessous. Ce tubercule, qui n'était pas encore ramolli et qui était parfaitement séparé des autres points affectés, paraissait n'avoir qu'un rapport de simple coïncidence avec l'affection articulaire.

Le troisième métacarpien de la main droite, incisé dans le sens longitudinal, présentait une augmentation de volume considérable due à un dépôt osseux de nouvelle formation environnant l'os de tout côté et se confondant avec lui, si ce n'est en arrière, où une large ouverture laissait voir une masse osseuse mortifiée formant séquestre. Vu par l'intérieur de l'os, ce séquestre, de la grosseur d'un gros dé à jouer, était infiltré de pus présentant une couleur gris verdâtre (bien distincte de la teinte blanc jaune et mate de l'infiltration tuberculeuse), était friable, et les

filtration tuberculeuse, etc.? En effet, ces diverses dénominations, loin de s'appliquer à des *maladies différentes*, ne désignent souvent que des périodes successives ou des variétés d'une même lésion. Combien de fois en effet, sur le même os malade, ne rencontre-t-on pas, soit simultanément, soit successivement, les divers états que nous venons d'énumérer.

De remarquables travaux ont été faits sur ce point d'anatomie pathologique, mais les distinctions radicales qu'on a cherché à établir entre les éléments d'une même altération en ont fait négliger l'ensemble.

Il en résulte un confusion singulière et des discussions interminables. Comme on trouve très-fréquemment, sur le même os de la carie proprement dite, des tubercules, des points mortifiés et à l'état de séquestre (1), et qu'on considère habituellement

---

vacuoles osseuses y paraissaient plus grandes et les cloisons plus minces.

Ce séquestre se distinguait, du reste, des séquestres d'une véritable nécrose en ce que dans certains points la limite des parties malades et des parties saines n'était pas tranchée, que le mal s'étendait dans quelques parties, tandis que dans d'autres points il y avait séparation complète et isolement par des rudiments de fausse membrane, mais non pas un kyste pseudomembraneux complet.

(1) Là où il a séquestre, il n'y a pas toujours nécrose (voyez plus loin).

ces trois altérations comme autant de *maladies distinctes*, on croit avoir affaire, suivant que l'une ou l'autre prédomine, à une nécrose, à une carie ou à une affection tuberculeuse. Les uns appellent carie ce que les autres appellent nécrose. On s'accorde généralement à dire que ces deux états si différents peuvent se transformer l'un dans l'autre, ou du moins que la carie peut se terminer par une nécrose. La carie pour ceux-ci n'est qu'une nécrose moléculaire; pour ceux-là, ce qu'on appelle nécrose n'est qu'une carie avec séquestre. On ne trouve plus de caractères distinctifs suffisants, et l'on va demander à la chimie des différences qu'elle ne peut donner. D'un autre côté, la description des tubercules des os a singulièrement restreint le domaine de ce qu'on appelle la carie. C'est à peine s'il est question maintenant de cette dernière, si l'on en trouve des exemples; aussi voici une réaction en sens inverse qui s'est manifestée. Frappés de ce qu'un grand nombre d'altérations des os, décrites autrefois sous le nom de carie, ne présentaient évidemment pas de tubercules, beaucoup de médecins se sont attaqués à l'infiltration tuberculeuse, et nient l'existence, cependant incontestable, de cette importante lésion.

Tout cela vient de ce que la question n'est pas posée sur son véritable terrain. N'est-il pas évident, en effet, que ces altérations ne sont pas des *maladies*, ayant une existence indépendante et distincte, mais qu'elles doivent être mises au rang des

lésions ; 2° que bien qu'isolées, dans certains cas, elles sont fort souvent réunies ?

Ne sommes-nous pas en droit de conclure, en disant ce que nous avons avancé plus haut, que la *carie* est une lésion simple ou multiple ; en d'autres termes, que l'on doit comprendre sous ce nom plusieurs altérations qui peuvent exister seules, mais qu'on rencontre très-souvent ensemble?

1° La carie simple (injection, ramollissement, infiltration purulente) ;

2° La carie avec séquestre et travail incomplet d'élimination et de réparation (fausse nécrose) ;

3° La carie tuberculeuse.

1° *Carie simple* (1). — Les points du tissu osseux

---

(1) Observation. — *Scrofule ; carie simple des côtes ; vaste clapier.*

(Salle Saint-Laurent, n° 8, hôpital Saint-Louis. Ader, tailleur, vingt-six ans, entré le 17 juin 1845.)

(Résumé de cette observation.)

Ce jeune homme n'a pas d'antécédents de famille qu'on puisse rapporter à la scrofule ; lui-même dit s'être toujours très-bien porté ; cependant il se rappelle avoir eu des glandes dans le voisinage de l'oreille et dans l'aine ; depuis il s'est livré avec excès aux plaisirs vénériens Il y a un an, il s'est manifesté un engorgement ganglionnaire au côté gauche du cou, puis un autre au côté droit. Ces engorgements ont suppuré, se sont ouverts et cicatrisés après quelque temps ; puis le malade a été pris d'un gonflement douloureux dans l'aisselle droite, une collection purulente

qui en sont affectés offrent un aspect différent, suivant la période à laquelle on en fait l'examen.

Ils commencent par être le siége d'une injection

---

s'est formée. la tumeur s'est ouverte, un écoulement purulent s'est établi et persiste.

Le malade s'est affaibli depuis ce temps; il a maigri un peu. Il y a quinze jours, son état s'est aggravé; il est survenu de la fièvre; l'affaiblissement augmente, la fièvre est plus forte, la face s'altère, enfin le malade meurt.

Autopsie. — L'aspect du cadavre n'est pas celui d'un corps amaigri; il existe une infiltration générale qui donne l'apparence d'un embonpoint modéré. Deux cicatrices d'écrouelles ulcérées au cou.

On ne trouve d'altération appréciable dans aucun viscère, nulle trace de tubercules; les poumons sont parfaitement sains; point de pleurésie.

La seule lésion est celle qui a été constatée pendant la vie: c'est une carie des premières côtes droites. Voici l'état des altérations:

A la partie supérieure et latérale droite de la poitrine existent deux ou trois ouvertures fistuleuses, qui communiquent dans un vaste clapier plein de pus mal lié; les parois de ce foyer sont tapissées d'une fausse membrane épaisse et fortement organisée, surtout du côté de la plèvre à laquelle elle adhère et avec laquelle elle se confond. Le travail de formation pseudo-membraneuse qui a eu lieu dans ce point s'est étendu dans les interstices des lobes et des lobules pulmonaires où la plèvre épaissie envoie des prolongements cellulo-fibreux d'une certaine épaisseur.

Les deux premières côtes sont affectées de carie, à peu près dans l'étendue de leurs deux tiers antérieurs, dont

marquée ; ils deviennent rouges, infiltrés de sang ; le tissu médullaire, qui remplit les cellules, devient

---

les parties les plus altérées baignent dans le pus, et dont les parties les moins malades sont séparées du foyer par les parois pseudo-membraneuses de ce même foyer.

La première côte présente dans toute son épaisseur les caractères de la carie, c'est-à-dire la raréfaction et le ramollissement du tissu osseux, qui a pris une teinte noire, est friable, et dont les cellules augmentées de capacité présentent une infiltration rouge, et dans quelques points purulente. Sur les limites extrêmes du mal, en avant, au voisinage du cartilage, et en arrière, existe autour de l'os, et surtout à la partie supérieure et interne, un commencement de travail réparateur, un rudiment d'os nouveau.

La deuxième côte était également cariée, et présentait l'aspect que nous avons décrit plus haut, mais dans une plus grande étendue, surtout sur sa face externe et sur son bord inférieur ; mais sur son bord supérieur et sur sa face interne existait une couche épaisse de tissus osseux de nouvelle formation, d'un aspect grenu, et irrégulier à l'extérieur, recouvert en partie par la fausse membrane du kyste et en partie confondu avec elle.

La coupe de la côte (fendue à l'aide d'un gros couteau) faisait encore mieux voir la disposition réciproque des parties. Au-dessus et au dedans des points cariés existait, sous forme d'une masse amorphe et non disposé en couches stratifiées, le tissu nouveau, tranchant parfaitement sur l'os malade et séparé même de lui par une ligne de tissu compacte non altéré.

Un examen moins approfondi aurait pu faire prendre cette couche osseuse nouvelle pour une infiltration tuber-

très-vasculaire, il prend une couleur lie de vin, il se boursoufle, se transforme, dans quelques cas, en une sorte de membrane fongueuse qui fait saillie à l'extérieur (1); en même temps les cellules osseuses s'agrandissent; les lamelles et les cloisons qui les séparent s'amincissent, deviennent friables; il en résulte un ramollissement de toute la partie affectée (2); le tissu osseux se pénètre de pus et prend, dans certains cas, par exemple, s'il est en contact avec l'air extérieur, une teinte noire, ou bien si le foyer est profond, il conserve une couleur grise verdâtre due au pus infiltré. On ne peut confondre cette infiltration purulente avec l'infiltration tuberculeuse des os. Dans cette dernière, en effet, il y a toujours hypertrophie interstitielle (3) avec diminution des cellules, tandis que dans la première il y a, au contraire, amincissement, raréfaction, friabilité du tissu avec agrandissement des aréoles osseuses (4).

---

culeuse de la côte avec hypertrophie interstitielle, mais sa coloration grise, un peu rosée, ne présentant pas l'aspect mat propre aux transformations tuberculeuses, sa situation en dehors de l'os auquel elle n'était que juxtaposée, l'aspect grenu de la surface libre, ne permettaient pas une pareille confusion.

(1) Etat fongueux des os.

(2) Raréfaction, ramollissement des os, ostéite raréfiante.

(3) Ostéite condensante.

(4) Nous ne sommes pas de ceux qui contestent la valeur

On peut suivre souvent dans les os malades l'évolution de la carie; on peut en constater les différents degrés. Ainsi, aux limites de la lésion l'injection sanguine n'est que faiblement marquée, il n'existe qu'une teinte rosée; plus près du foyer, la rougeur est plus marquée; plus près encore, on voit commencer l'infiltration purulente avec le ramollissement; enfin, tout à fait au centre, les désordres sont plus avancés encore. On peut généralement constater cette gradation.

On trouve souvent aux limites de la partie altérée des couches osseuses de nouvelle formation, reconnaissables à leur disposition amorphe, et non fibreuse et lamelleuse, à leur surface granuleuse. Ce sont ces productions qui augmentent le volume de l'os (1), qui ont fait croire à son gonflement. Le périoste est moins adhérent, plus vasculaire, plus épais, recouvert de tissu cellulaire induré.

La suppuration qui s'établit presque toujours au niveau de la carie entraîne de petits fragments osseux, semblables, pour le volume, à de petits grains de sables, et qui ne sont autre chose que

---

de cette importante distinction due à M. Nélaton; mais il est des cas embarrassants. Nous nous rappelons en particulier avoir examiné avec le plus grand soin une vertèbre infiltrée de pus, dans laquelle n'existait aucune trace de tubercule, et cependant cet os présentait une hypertrophie interstitielle manifeste. Ce sont là des exceptions fort rares.

(1) Hypertrophie et gonflement des os.

de petits séquestres presque à l'état moléculaire.

2° *Carie avec séquestre* (fausse nécrose). — Quand l'infiltration purulente est assez étendue, il se forme assez souvent des séquestres d'un volume considérable (1); ces séquestres, privés de toute communication vasculaire, se détachent quelquefois complétement: c'est même là, dans certains cas, une terminaison heureuse. On confond ces caries avec de véritables nécroses; mais qu'on y fasse bien attention et toute confusion sera impossible. Dans la carie, les séquestres ne sont pas ordinairement parfaitement limités; s'ils sont isolés très-nettement dans certains points, séparés même des parties saines par des rudiments de fausses membranes, dans d'autres points, ils se fondent avec le tissu ambiant qui présente, comme nous l'avons vu plus haut, cette gradation insensible d'altérations; ou bien, si les séquestres finissent par se détacher entièrement, ils ne sont pas remplacés par un os nouveau. Il reste, à la place qu'ils occupaient, un enfoncement, une excavation, une cicatrice difforme, tandis que dans la nécrose il se fait un travail complet d'élimination et de réparation. La partie mortifiée est exactement limitée et entou-

(1) Ces séquestres sont légers, poreux, et présentent par conséquent des caractères opposés à ceux des séquestres qui résultent de l'infiltration tuberculeuse.

rée d'une fausse membrane. Il ne se développe pas seulement dans le voisinage quelques couches osseuses de nouvelle formations, irrégulières et insuffisante, mais il se produit un os nouveau destiné à remplacer l'os mortifié et le remplaçant en effet.

3° *Carie tuberculeuse* (1). — La carie tuberculeuse

---

(1) *Scrofule. — Carie tuberculeuse au devant du sternum; carie tuberculeuse au niveau de la deuxième vertèbre dorsale; carie simple des os du pied; ulcération tuberculeuse de l'intestin; pleurésie double avec granulations tuberculeuses.*

(Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Augustin, n° 29. Devif (Claude), soixante-trois ans.)

Ce malade est né de parents bien portants; lui-même, dit-il, a toujours joui d'une assez bonne santé. A l'âge de dix-sept ans, il a fait une chute de 27 pieds de hauteur, pendant qu'il était en état de somnambulisme; cette chute n'a eu d'autre résultat que de fortes contusions; ensuite, il a été pendant deux ans militaire; à l'âge de vingt-six ans, il a eu deux gonorrhées, pas d'autre maladie jusqu'à quarante ans, époque à laquelle il fut pris d'une fluxion de poitrine; depuis lors il a été sujet à des douleurs rhumatismales. Au mois de mars 1841, il a été pris de douleurs très-vives entre les deux épaules; ces douleurs ont duré cinq mois et ont été traitées par des vésicatoires et des emplâtres stibiés; lorsqu'elles ont disparu, les jambes se sont paralysées. Cette paralysie s'est déclarée lentement; le malade éprouvait des picotements, des fourmillements dans les membres inférieurs; il ne pouvait marcher qu'a-

présente deux variétés, suivant que le tubercule est à l'état de collection ou à l'état d'infiltration.

---

vec le secours de béquilles; la paralysie du mouvement était incomplète; la sensibilité, au contraire, était presque entièrement abolie. Cet état n'a point changé depuis, ou plutôt n'a fait qu'empirer.

Il y a cinq mois, une petite grosseur a commencé à paraître sur la face antérieure de la poitrine, au-dessus du tiers moyen du sternum. En trois semaines elle a acquis le volume qu'elle présente maintenant (4 janvier 1842): ce volume égale à peu près celui d'une grosse datte. Cette tumeur est semi-fluctuante, peu douloureuse; du reste, il n'y a autour d'elle aucun signe d'inflammation.

Le malade éprouvait ensuite dans la respiration une gêne assez marquée par moments; il toussait surtout la nuit, et il expectorait des crachats épais et muqueux; il ressentait de temps à autre des douleurs vives, aiguës, dans le thorax; les mouvements imprimés au malade étant douloureux et difficiles, l'auscultation et la percussion ne purent être pratiquées d'unemanière suffisante; pendant longtemps on ne put trouver aucun signe stéthoscopique. Plus tard, on entendit du râle muqueux.

Dans le courant de février, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil du pied gauche, on remarqua une tache rouge lie de vin, la peau s'ulcéra, il s'écoula par l'ouverture de la sérosité roussâtre, grumeuse. Un stylet introduit dans cette ouverture pénétrait jusqu'aux os dénudés. Enfin, une fistule s'établit et resta dans le même état jusqu'à la mort du malade.

Il maigrissait depuis longtemps, mais d'une manière lente; cependant les accès de dyspnée se rapprochaient, et la toux devenait de plus en plus pénible. Enfin, il sur-

Ce que nous avons dit de la carie tuberculeuse des vertèbres (voyez plus haut) nous dispense

---

vint de la fièvre, de la diarrhée, des sueurs. Le malade se plaignait d'une douleur vive, mais intermittente, du côté gauche de la poitrine, où la respiration se faisait bien moins que du côté droit; enfin, il finit par succomber dans un degré avancé d'épuisement.

Autopsie. — 1° Au-dessous des insertions thoraciques du grand pectoral, au niveau de la partie supérieure du corps du sternum, existe un kyste, facile à isoler des parties environnantes; ce kyste est de forme conique; de la base à son sommet, il présente une étendue de 4 centimètres environ sur 2 de largeur; il est couché transversalement en avant du sternum, auquel il adhère seulement par sa base; son sommet est libre. Incisé, ce kyste offre à considérer des parois épaisses et résistantes, et il contient dans sa cavité une masse compacte de matière tuberculeuse, blanche, crémeuse, d'une consistance de fromage mou. Le kyste communique par sa base avec une collection tuberculeuse, qui existe un peu au-dessous du point de réunion de la tête et du corps du sternum, et au niveau de laquelle existe une solution de continuité de ces os. Après l'avoir scié longitudinalement, on reconnaît qu'en différents points de son étendue il est infiltré de matière tuberculeuse, mais particulièrement au-dessus et au-dessous de la collection de la même nature qui existe au niveau de la solution de continuité indiquée plus haut. Du reste, il n'y a aucune trace d'inflammation; partout l'os présente une coloration normale et une teinte blanchâtre dans les points infiltrés.

2° Au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, en avant et sur le côté gauche, existe un autre kyste tuberculeux,

d'insister sur la description de cette altération; nous renvoyons d'ailleurs à la remarquable thèse

---

tout à fait analogue au précédent, à peu près de la même grosseur, et présentant des parois aussi épaisses, aussi faciles à isoler des parties environnantes et contenant une matière identique à celle du kyste sternal. Une partie du corps de la deuxième vertèbre dorsale et de la troisième du côté gauche, les apophyses transverses de ces vertèbres et la tête des côtes correspondantes, sont cariées, en parties détruites, baignées par de la matière tuberculeuse à moitié ramollie, au milieu de laquelle se trouve un petit séquestre; à ce niveau, cette matière ainsi collectée, et pénétrant dans la cavité du canal rachidien, comprime la face antérieure de la moelle dans une étendue de 2 centimètres environ. La moelle, examinée avec soin, ne présente en ce point aucune altération dans ses enveloppes; mais sa propre substance est ramollie, à l'état pulpeux, sans autre lésion, du reste, qu'un ramollissement pur et simple dans une étendue égale à celle du point comprimé.

3° Au pied gauche, où existe une fistule au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil, on trouve l'os métatarsien correspondant dénudé, carié, friable, infiltré de pus.

4° Il existe des traces manifestes d'une double pleurésie tuberculeuse; la plèvre costale droite est adhérente au poumon par des brides nombreuses et anciennes, la cavité pleurale gauche est remplie d'un liquide séreux, floconneux; toutes deux, sous leur feuillet costal et leur feuillet pulmonaire, présentent une quantité considérable de granulations blanchâtres, arrondies, un peu saillantes, isolées les unes des autres, de la grosseur d'un grain de chènevis, parfaitement visibles à travers la séreuse, et tranchant par

de M. Nélaton. Nous nous bornerons à faire remarquer ici que cette manière de considérer la

---

leur couleur blanche sur la coloration rouge générale de la plèvre. Dans les poumons se trouvent des tubercules à l'état de collection et d'infiltration; plusieurs petites cavernes en occupent le sommet.

5° Enfin, dans l'intestin grêle, surtout dans sa dernière moitié, on trouve un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses, arrondies, la plupart isolées, bien circonscrites, quelques-unes remplies encore de débris tuberculeux; dans le gros intestin, aucune altération de cette nature.

Carie tuberculeuse et carie simple; tubercules pulmonaires.

(Résumé de l'autopsie d'un scrofuleux, mort à Saint-Louis, service de M. Lugol.)

1° Métacarpien de la main droite.

A la partie supérieure et externe de cet os existe un point circonscrit de la grosseur d'un noyau de cerise, d'une coloration grise mate, qui tranche sur la coloration normale du reste de l'os, et qui, au premier aspect, est reconnue pour une tranformation tuberculeuse.

Incisé, l'os présente, en ce même point, une petite infiltration tuberculeuse, arrondie, et du volume indiqué plus haut; la partie affectée tranche sur les parties environnantes saines, au milieu desquelles, en partie détachée déjà, elle forme un véritable séquestre.

La coloration est d'un jaune mat et ses cellules, oblitérées en parties, sont plus petites que dans le reste de l'os; il y a hypertrophie des lames interstitielles.

2° Tête du péroné. Carie de la partie supérieure du péroné; rougeur lie de vin, raréfaction, ramollissement du

carie tuberculeuse, comme une simple variété de carie, nous a permis : 1° de maintenir réunies sous une même dénomination, et dans une même description, des lésions osseuses qui ne pouvaient être séparées ; 2° de ne pas distinguer comme des *maladies différentes* des affections symptomatiques d'une même maladie ; 3° enfin, de concilier des découvertes récentes d'anatomo-pathologie avec les connaissances acquises et les descriptions anciennes (1-2).

Nous devons rappeler ici que le spina-ventosa véritable a été décrit plus haut, et que quelques vraies nécroses s'observent chez les scrofuleux ; ces affections sont tout à fait distinctes de la carie et de ses variétés.

Maintenant il ne nous reste que quelques mots à dire sur les lésions de la scrofule.

---

tissu osseux dont une partie, grosse comme une amande, noire, et moins abreuvée de liquide, est complétement détachée sous forme de séquestre.

3° Tubercules dans les deux poumons.

(1) Nous devons ajouter que nous ne comprenons pas, sous le nom de carie tuberculeuse, certains tubercules enkystés des os dont l'évolution est fort distincte.

(2) Tout ce que nous avons dit plus haut sur la carie, nous l'avons bien des fois vérifié sur le cadavre des scrofuleux morts dans les hôpitaux. Si nous ne rapportons pas toutes les observations de scrofule que nous avons recueillies, c'est faute de place, et pour ne pas allonger indéfiniment ce travail.

Elles sont souvent multiples et variées sur le même sujet, d'autres fois on ne rencontre qu'un seul produit morbide. Dans certains cas, il n'y a que des abcès et des collections purulentes; dans d'autres, que des caries; quelquefois on n'observe que des transformations tuberculeuses.

Enfin, il est bien rare qu'il n'existe pas dans les cadavres des scrofuleux quelque collection séreuse, soit dans les plèvres, soit dans le péritoine, soit dans quelque autre cavité; ces épanchements peuvent exister à la fois dans les différentes régions, mais les plus fréquents sont ceux de la plèvre.

Les épanchements pleurétiques des scrofuleux peuvent s'être produits sans phénomènes inflammatoires; mais on trouve très-souvent aussi les traces d'une pleurésie qui est survenue dans les derniers temps de la vie (1).

C'est là, en effet, un des symptômes ultimes les plus fréquents de la cachexie scrofuleuse, et sur lequel on n'a pas jusqu'ici assez appelé l'attention (voyez chap. des *Terminaisons*) (2).

---

(1) Cette pleurésie coïncide quelquefois avec le développement de granulations tuberculeuses dans la plèvre; le poumon peut aussi être enflammé.

(2) Il existe si peu de recherches utiles et intéressantes sur les altérations des liquides et du sang en particulier, que nous croyons devoir renvoyer les quelques mots que nous avons à en dire au chapitre de la *Nature*. Nous serons alors naturellement amené à en parler.

DIAGNOSTIC.

La scrofule, par sa marche particulière, ses nombreuses affections, l'ensemble caractéristique de ses symptômes, de ses lésions, se distingue de toutes les autres maladies.

Il en est deux cependant avec lesquelles elle a été et elle est encore confondue par quelques médecins, le rachitisme et la phthisie ou diathèse tuberculeuse. Cette confusion repose sans doute moins sur des ressemblances symptomatiques que sur des hypothèses relatives à la nature des maladies. Il y a donc là non-seulement une question de diagnostic, mais une question nosologique. Qu'il nous soit permis de les traiter toutes deux en même temps, obligé que nous sommes de suivre le cours régulier de cette description.

Différences de la scrofule et du rachitisme.

Malgré les descriptions particulières qu'ont faites du rachitisme un grand nombre d'auteurs célèbres, Glisson (1), Sydenham (2), Boerhaave, Van Swieten (3), Sauvages (4), Cullen (5), les explica-

---

(1) *De Rachitide.*
(2) *Mélanges des cur. de la nat., de Rachitide vera.*
(3) *Comment.*
(4) *Nosolog. méthod.*
(5) *Élém. de médec. prat.*

tions qu'ils ont cru devoir en donner se rapprochant beaucoup de celles à l'aide desquelles on se rendait compte de la scrofule, ces deux maladies furent bientôt confondues, au moins sous le rapport de leur cause prochaine (1). La confusion est devenue plus grande encore depuis que l'on a désigné sous le nom de rachitisme toutes les déviations, toutes les courbures des os, toutes les altérations dans la consistance et la direction normale du tissu osseux, sans se préoccuper des différentes maladies dont ces altérations peuvent être le symptôme.

Il suffira, pour remettre la question sur son véritable terrain, de démontrer : 1° que la scrofule et le rachitisme diffèrent dans leur ensemble par leurs causes, leurs symptômes, leurs lésions, leur marche, leur durée, leurs terminaisons, etc.; 2° que les symptômes qui paraissent communs à ces deux maladies présentent cependant des caractères distinctifs tranchés.

I. Le rachitisme est une maladie de l'enfance qui

---

(1) Selle (*Méd. clin.*) considère l'acrimonie rachitique comme ayant beaucoup d'affinité avec l'acrimonie scrofuleuse.

Tættelmann (*Dissert. de scrof.*) pense que le rachitisme est sinon toujours, du moins très-souvent d'origine scrofuleuse.

Fabre ne voit dans le rachitisme qu'une espèce particulière d'acrimonie scrofuleuse.

se manifeste très-rarement après la puberté. La scrofule, au contraire, comme nous l'avons vu, peut se manifester à tous les âges de la vie, bien qu'elle se développe plus ordinairement aussi dès l'enfance.

Le rachitisme reconnaît souvent pour cause occasionnelle une alimentation trop abondante, trop succulente, l'usage d'une nourriture animale dans un âge trop tendre.

Le développement de la scrofule, au contraire, est souvent dû à l'abus d'aliments de mauvaise qualité, peu nourrissants, exclusivement tirés des végétaux.

Les rachitiques ne présentent pas cette multitude de symptômes et d'affections qui se remarquent chez les scrofuleux. Leur principale lésion, la lésion presque unique qu'ils offrent à considérer, est une altération caractéristique, bien définie, du système osseux, ainsi que nous le verrons plus loin, et qui diffère entièrement de celles qui appartiennent à la scrofule.

Chez les rachitiques, point d'écrouelles, d'ophthalmies, d'éruptions cutanées, point de caries, de spina ventosa, point d'affections tuberculeuses; chez les scrofuleux, point de fièvre au début, point de phénomènes généraux, point d'endolorissement général, comme dans les premiers temps du rachitisme.

Quelle différence dans la marche et dans la durée des deux maladies! L'une, comme nous l'avons vu,

a une marche chronique à longues périodes ; très-souvent elle se manifeste à plusieurs reprises, elle peut durer toute la vie. L'autre, le rachitisme, marche aussi lentement, mais de continu. Après avoir parcouru les différentes phases désignées de nos jours (1) sous les noms d'incubation, de déformation et de consolidation, elle s'arrête, ne dépasse jamais l'âge de la puberté, et ne laisse après elle que des difformités le plus souvent incurables.

Le rachitisme se termine le plus souvent par la guérison soit complète, soit avec les déformations permanentes de la charpente osseuse dont nous venons de parler. Il est rare qu'il détermine la mort (2). Les petits rachitiques qui meurent succombent ordinairement à des maladies intermittentes. En est-il de même de la scrofule, dont le pronostic, si ce n'est dans la forme bénigne, est toujours grave ?

II. Si nous en venons maintenant aux seuls points de contact que présentent ces deux maladies, aux seuls phénomènes qui paraissent leur être communs, nous verrons qu'il n'existe sous ce rapport qu'une analogie grossière.

---

(1) Memoires du docteur Guérin sur le rachitisme.

(2) Cependant il est des rachitiques qui périssent dans un état de *consomption,* mais la cachexie ne ressemble pas à celle des scrofuleux.

Nous avons vu qu'il y avait des déformations des os chez les scrofuleux, et même chez des individus qui ne sont encore que prédisposés à la scrofule ; nous ne parlons pas des altérations consécutives aux caries, aux tubercules, qui ne se rencontrent d'ailleurs jamais dans le rachitisme, exempt de complications. Nous ne signalons ici que les courbures latérales de l'épine, les déformations du thorax, la saillie du sternum, le défaut de proportion entre les différentes parties du squelette, la grosseur des articulations, des pieds et des mains, le volume exagéré des os du bassin, dont la conformation est quelquefois vicieuse.

Des vices de conformation semblables existent ordinairement à un degré plus marqué chez les rachitiques, mais chez eux ces altérations sont soumises à un développement régulier, à un ordre de succession qui n'appartient qu'au rachitisme.

Les difformités, dit M. le docteur Guérin, « se montrent comme il suit : gonflement des épiphyses des membres inférieurs, déviation des genoux, courbure des tibias et du péroné, courbure du fémur, puis le gonflement des poignets, et simultanément ou consécutivement la déformation du bassin ; puis le gonflement et la déformation des côtes, des omoplates, des clavicules, et la déviation de l'épine. Le développement du crâne et la déviation des os de la face ne viennent qu'en dernier lieu. Cet ordre de succession est incontestable. Sur quarante-deux cas que j'ai observés et suivis dans Paris pendant plu-

sieurs années, le rachitisme s'est manifesté quarante-une fois par le gonflement des extrémités articulaires et la courbure des membres inférieurs.

« ..... Le degré de ces déformations successives est ordinairement en rapport avec leur ordre de succession. Ainsi les os des jambes sont généralement plus déformés que les fémurs, les fémurs un peu plus que les os du bassin. »

Il résulte entre autres conséquences de ce que nous venons de voir, « que toute difformité isolée des portions supérieures du squelette, de la colonne, par exemple, sans déformation des parties situées au-dessous, n'est pas due au rachitisme. »

Ce n'est pas tout. Les déformations osseuses des scrofuleux (nous ne parlons pas bien entendu de celles qui sont consécutives aux caries et aux transformations tuberculeuses) ne présentent pas d'altérations notables de texture. Les difformités rachitiques, au contraire, se rattachent à une série de lésions, toutes spéciales, dont voici quelle serait l'évolution, toujours suivant l'auteur que nous venons de citer.

« Pendant la période d'*incubation* du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme

dans les os longs, en un mot dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résulte le dédoublement des parties composantes du tissu et le gonflement, le boursouflement des différentes portions du squelette.

« Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser. Elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière de nouvelle formation est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces derniers.

« Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation dans les os longs et dans quelques os plats et courts passe à l'état de tissu compacte et tend à se confondre avec l'ancien tissu, qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très-grande épaisseur et surtout une très-grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

« Dans l'état que j'ai désigné sous le nom de consomption rachitique, et qui résulte d'un degré exa-

géré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux ont été tels que leur réunion ne s'est pas opérée et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état, les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que leur couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

« La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complétement résolue, offre une capacité et une dureté supérieure à celle de l'état normal. Dans cet état, que j'ai appelé éburnation rachitique, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des éléments de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau. » (Ibid.)

Enfin, il est un autre symptôme du rachitisme qui n'est pas sans quelque analogie avec ce qu'on observe dans le carreau : le gonflement du ventre contrastant avec l'amaigrissement du tronc et des membres. Mais ce symptôme dans le rachitisme n'est jamais aussi marqué que dans le carreau. De plus, l'aspect de l'abdomen n'est pas le même; la peau n'a pas cet aspect terne, mat, qu'on observe dans cette dernière affection. On n'y sent pas les nodosités dont l'existence peut souvent être constatée dans le carreau par la palpation. Quant aux lésions, elles sont, comme on sait, fort différentes. Dans le rachitisme, on ne constate ordinairement qu'une hypertrophie considérable des viscères ab-

dominaux, particulièrement du foie, accompagnée dans quelques cas d'un petit épanchement. Chez les scrofuleux, au contraire, on trouve communément une transformation tuberculeuse des ganglions du mésentère avec une ascite plus ou moins considérable.

Il est bien entendu que nous ne faisons allusion ici qu'aux cas tranchés, et non pas à ces complications du rachitisme avec la scrofule dont nous avons déjà parlé, et qui ont été désignées sous le nom de *rachitis scrofulosa*, par Glisson et Sauvages.

Distinction de la scrofule et de la phthisie.

Nous avons vu au commencement de ce travail (voy. *Historique*) que la plupart des auteurs, tout en considérant la scrofule comme une maladie distincte, essentielle, s'étaient cependant beaucoup plus préoccupés de l'expliquer que de la décrire. Qu'en est-il résulté? c'est que les explications ayant remplacé les descriptions, et les explications ayant été rejetées comme fausses et absurdes, il n'est plus rien resté de la scrofule, si ce n'est des lésions isolées, éparses, sans lien nosologique, qu'on a décrites à part comme autant de maladies, à propos des différents organes qui en sont le siége.

Cependant l'idée traditionnelle de la scrofule, considérée comme maladie essentielle, distincte, ne put être abandonnée complétement. Conservée non-seulement dans les habitudes de la pratique,

mais dans des livres justement estimés, défendue par des hommes de mérite, cette idée leur parut néanmoins difficilement compatible avec celle d'une autre maladie essentielle, la phthisie ou diathèse tuberculeuse.

Parce qu'il existe une lésion (le tubercule) commune à ces deux maladies, ils concluent à leur identité ou du moins sacrifient l'une à l'autre, fondent l'une dans l'autre.

Pour M. Lugol, par exemple, la phthisie n'est qu'une des modifications, qu'un des symptômes de la scrofule (1).

Pour M. Guersant, qui ne peut se résigner à rayer la scrofule du rang des maladies, c'est une objection fort embarrassante à savoir que les affections tuberculeuses ne sont pas propres à la scrofule.

« L'adénite scrofuleuse, dit-il (2), doit être désormais considérée comme une forme de la tuberculisation générale (3)..... L'élimination de l'adénite

---

(1) M. Baudelocque n'admet pas cette manière de voir; du moins il fait de prudentes réserves. (Voy. son traité, p. 296.)

(2) Art. Scrofule (Dict. en 30 vol.).

(3) Nous ne pouvons accepter cette conclusion. Parce qu'il existe une lésion commune à deux maladies, est-ce une raison pour confondre ces deux maladies? Mais n'existe-t-il pas des lésions communes entre la scrofule et la syphilis, entre beaucoup d'autres maladies dont tout le monde reconnaît la nature parfaitement distincte?

scrofuleuse de l'histoire générale de la scrofule fait naître une question pathologique assez importante. Si le type de la scrofule n'est plus qu'une affection purement 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, etc... »

M. Guersant, cependant, a trop de sens médical pour supprimer la scrofule comme maladie; il se borne à en réduire singulièrement le domaine.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces opinions qui consistent à nier complétement l'existence de la scrofule ou seulement à en détacher une partie de ses symptômes. Nous n'avons ici qu'à combattre la confusion de la scrofule avec la phthisie (1).

Ce sont, en effet, deux maladies distinctes et qui ont toujours été considérées comme telles depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. On ne saurait objecter que la phthisie n'était pas suffisamment connue. Certes, dans les derniers temps, et surtout

---

D'ailleurs, comme nous le verrons, cette lésion commune affecte le plus ordinairement des siéges différents, une marche différente, etc. On ne trouve pas l'*adénite scrofuleuse* chez les vrais phthisiques.

(1) Par phthisie ou diathèse tuberculeuse, nous n'entendons pas seulement la phthisie pulmonaire, mais une maladie comprenant un certain nombre d'affections tuberculeuses. Cette définition se rapproche beaucoup du sens plus large qu'on donnait autrefois au mot *phthisie*. (Voy. le Lexicon de Castelli.)

grâce aux remarquables travaux de Laennec, l'histoire de cette maladie a fait de grands progrès, particulièrement sous le rapport de la lésion; mais la phthisie était déjà parfaitement décrite avant cette époque. Plusieurs autres maladies, il est vrai, en avaient été rapprochées à tort et sous la même dénomination; mais la vraie phthisie était parfaitement décrite et très-nettement distinguée sous le nom de phthisie héréditaire, d'hémoptysie (1).

Si nous comparons maintenant la phthisie et la scrofule dans leur ensemble, nous verrons combien elles diffèrent. La phthisie survient le plus ordinairement dans l'adolescence et la jeunesse. La scrofule se manifeste plutôt dans l'enfance.

Cette dernière maladie se caractérise, comme nous l'avons vu, par un grand nombre d'affections, de lésions diverses, par des produits morbides variés en différents points du corps, dartres, catarrhes, phlegmasies, épanchements, abcès, caries, tubercules. La phthisie, au contraire, n'est caractérisée que par un produit morbide toujours identique malgré la diversité du siége qu'il affecte, et qu'il soit ou non accompagné d'inflammation. Les vrais phthisiques ne présentent aucun de ces symptômes variés et multiples par lesquels se révèle la scrofule. Ils n'offrent qu'une ou plusieurs affec-

---

(1) Voy. entre autres les belles descriptions de Morton et de Cullen.

tions tuberculeuses qui constituent toute la maladie et qui finissent par amener la mort. Nous rappellerons un peu plus loin les caractères distinctifs de la phthisie scrofuleuse et des autres lésions tuberculeuses qui surviennent dans la scrofule.

La marche des deux maladies est différente. Quoique chronique dans les deux, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, plus lente dans la scrofule que dans la phthisie. Elle ne présente pas, dans cette dernière, cette série de périodes quelquefois séparées par de longues interruptions dans les symptômes. Cependant, il est certains phthisiques chez lesquels le mal procède par attaques, mais les attaques sont ordinairement plus rapprochées que dans la scrofule.

La cachexie scrofuleuse est fort différente de la cachexie des phthisiques. Ces derniers succombent, comme on sait, dans un degré extrême de maigreur. Ils sont, pour ainsi dire, desséchés, réduits à l'état de squelette et épuisés par des sueurs profuses. La cachexie scrofuleuse, au contraire, n'est pas *sèche*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, comme celle de la phthisie, mais humide, œdémateuse, sans marasme (1), et caractérisée par des épanchements multiples avec ou sans inflammation ultime. La fièvre hectique se manifeste de bonne heure

---

(1) On observe assez souvent de la maigreur, mais non cette maigreur extrême désignée sous le nom de *marasme*.

chez les phthisiques, comparativement à celle des scrofuleux, qui ne survient ordinairement que dans une période et à un degré très-avancés de la maladie.

La phthisie se termine ordinairement par la mort. Nous savons que la scrofule est susceptible de guérison, et que cette heureuse terminaison n'est pas très-rare. Il est quelques cas où la phthisie paraît revêtir une forme bénigne; mais le plus souvent elle finit, après un temps plus ou moins long, d'une manière funeste. Il ne faut pas croire que toutes ces observations de tubercules cicatrisés qu'on a invoqués pour prouver que la phthisie peut guérir sont des observations de véritable phthisie. Beaucoup d'entre elles sont des cas de phthisie scrofuleuse ou de tubercules restés à l'état latent, comme on en observe assez fréquemment des exemples chez les scrofuleux.

Le pronostic est donc ainsi généralement plus grave dans la phthisie que dans la scrofule.

Il résulte de ce qui précède, que le seul véritable point de contact de ces deux maladies est un produit morbide commun (1), qui, du reste, n'est pas constant. Il est, en effet, des scrofuleux qui dans tout le cours de leur maladie ne présentent jamais

---

(1) Nous ne parlons pas de l'hérédité, qui est commune aux deux maladies, d'une certaine analogie de prédisposition, etc.; combien de maladies sont dans le même cas qui n'en sont pas moins parfaitement distinctes!

de tubercules (1). Quant aux vrais phthisiques, ils ne sont atteints d'aucune affection scrofuleuse.

Mais enfin, il convient de montrer que ce produit morbide commun, que ces affections tuberculeuses symptomatiques des deux maladies présentent des différences que chacune d'elles leur imprime.

Dans la diathèse tuberculeuse, le poumon, le larynx et la muqueuse intestinale, sont les parties le plus souvent affectées.

Dans la scrofule, les transformations tuberculeuses s'observent surtout dans les ganglions lymphatiques (écrouelles), le rachis (mal de Pott), le mésentère (carreau), le péritoine (péritonite tuberculeuse), et très-souvent aussi le poumon (phthisie scrofuleuse).

Mais la phthisie scrofuleuse, admise par un grand nombre d'auteurs (2), présente des caractères qui la distinguent de la phthisie tuberculeuse essentielle: c'est une marche beaucoup plus lente, une gravité moindre, l'absence de fièvre, souvent alors même que les altérations du poumon sont très-avancées (voir plus haut la description que nous en avons donnée).

---

(1) Que fera-t-on donc de ces cas assez nombreux, quoi qu'on en ait dit, si la scrofule n'est plus qu'une variété de ce qu'on appelle la *tuberculisation générale*?

(2) En particulier par Mortou, qui en donne une très-bonne description.

En général, les affections tuberculeuses de la scrofule ont un remarquable cachet de chronicité (1); elles sont plus lentes, *relativement* plus bénignes que celles de la phthisie essentielle.

Les tubercules, ainsi que nous l'avons vu, chez les scrofuleux, sont ordinairement plus gros, plus volumineux, en masses plus considérables, moins susceptibles d'inflammation; enfin, ils restent quelquefois à l'état latent, ils ne donnent lieu à aucun symptôme pendant la vie, et on ne s'aperçoit de leur existence qu'après la mort.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces caractères distinctifs. Il en existe sans doute d'autres encore que le temps fera connaître. Nous avons toujours cru devoir signaler ceux-ci en attendant mieux; mais nous appelons de tous nos vœux de nouvelles recherches sur ce point important.

Nous concluons de ce qui précède, que la phthisie ou diathèse tuberculeuse et la scrofule sont deux maladies distinctes et qu'on aurait tort de les confondre, parce qu'elles ont quelques lésions communes, mais différentes cependant sous certains rapports.

Mais, pourrait-on nous dire, pourquoi la phthisie ne serait-elle pas une variété de scrofule fixe primitive (2), au lieu d'être une maladie essentielle et

---

(1) Sauf la méningite tuberculeuse et quelques cas rares, où la phthisie scrofuleuse prend un caractère aigu.

(2) Voy. plus haut ce que nous entendons par ce mot.

distincte? Nous répondrons à cette objection que la scrofule, quand elle revêt la forme fixe primitive, ne se manifeste, il est vrai, que par une affection locale; mais que cette affection est du nombre de celles que nous avons décrites et qu'elle présente les caractères des affections scrofuleuses: de telle sorte que si la maladie ne se révèle que par une lésion tuberculeuse du poumon, cette affection sera la phthisie scrofuleuse; or, la phthisie scrofuleuse est très-différente de la phthisie essentielle, donc cette dernière est bien une maladie distincte et ne peut être une variété de la forme fixe primitive.

Il est une affection fort différente de la scrofule et que quelques auteurs ont cru devoir rapporter à cette maladie, c'est la bronchocèle ou goître.

Nous nous bornerons à indiquer d'où vient cette confusion. La grossière analogie qui existe entre l'hypertrophie de la thyroïde et les tumeurs scrofuleuse du col (1), et en second lieu la coïncidence assez fréquente du goître et de la scrofule chez les même individus, dans des contrées où les deux maux sont endémiques, sont les raisons principales de la confusion que nous venons de signaler.

---

(1) Les anciens confondaient presque toutes les tumeurs du cou avec les *strumes*.

Nous n'insisterons donc pas, et nous nous bornerons à dire avec Kortum : « Bronchocelas et scro-« fulas, bina diversa mala, simul tractantes, neu-« trum rite disquirunt omniaque confundunt; » et avec Stoll (*Prælect. in div. morb. chron.*) : « Si glan-« dulæ thyroideæ tumor adsit solitarius, chronicus, « indolens in homine cæterum sano, si que simul sit « endemium malum, strumam dignosces a scro-« fula. »

La scrofule, par l'ensemble de ses symptômes, ne saurait être confondue, nous l'avons démontré, avec aucune autre maladie; bien plus, chacune de ses affections symptomatiques est tellement caractéristique, que, l'une d'elles étant donnée, tout médecin exercé, dans la plupart des cas, peut diagnostiquer la maladie. Cependant il est quelques-unes de ces affections qui présentent des analogies avec des affections étrangères, et qui sont trop souvent confondues avec ces dernières. Nous allons signaler les plus importantes sous ce rapport, et en faire rapidement le diagnostic différentiel.

Les *tumeurs écrouelleuses* ne sauraient être confondues avec l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques ou *adénite simple*. En effet, la marche lente, progressive, les alternatives d'augmentation et de diminution, la tendance à la transformation tuberculeuse, à l'ulcération, la cicatrisation difficile des premières, diffèrent entièrement de la marche ordinairement aiguë, franchement inflammatoire, de la terminaison par résolution

définitive ou par suppuration et cicatrisation rapide de l'adénite (1).

Nous allons le montrer avec plus de détails à propos de deux variétés de ces tumeurs, qui présentent plus d'intérêt que les autres.

L'*écrouelle de l'aine* ou *bubon scrofuleux* est encore trop souvent confondue avec le *bubon syphilitique*. Ces deux affections présentent cependant des différences très-notables, connues, indiquées par un certain nombre de médecins distingués (M. Ricord en particulier). Ces différences ont besoin d'être mises en relief. Hunter avait déjà dit : « Il y a des bubons qui n'ont rien de syphilitique, mais qui sont de nature scrofuleuse ; il en est aussi qui ne sont vénériens qu'en partie ou qui ne sont peut-être rien autre chose qu'une glande douée d'une disposition scrofuleuse, dans laquelle l'action morbide a été déterminée par l'irritation vénérienne. » (Hunter, *du Bubon*, chap. 4, p. 497.)

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici plusieurs passages d'un remarquable mémoire publié récemment sur ce sujet (2).

---

(1) Cette dernière survient, comme on sait, consécutivement aux inflammations des parties voisines ou éloignées avec lesquelles les ganglions engorgés sont en rapport par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques.

(2) *Considérations pratiques sur les bubons scrofuleux et leur traitement*, par M. Gabalda, interne à l'Hôtel-Dieu (*Bulletin général de thérapeutique*, janvier et mars 1846).

L'auteur commence par décrire le développement du bubon scrofuleux; ce développement est commun à toutes les tumeurs écrouelleuse (voir plus haut), quel que soit leur siége. L'affection débute par l'engorgement chronique d'un ou plusieurs ganglions inguinaux. La tumeur augmente peu à peu, elle s'accompagne tout au plus d'une douleur sourde, peu intense; elle est pour l'ordinaire longtemps indolente, sans changement de couleur à la peau; puis, sous l'influence d'une cause occasionnelle ou spontanément, des phénomènes inflammatoires se manifestent: douleur plus vive, rougeur érysipélateuse, empâtement du tissu cellulaire. Ces symptômes peuvent n'être que passagers, se reproduire plusieurs fois. Enfin, la tumeur manifestement inégale, formée le plus souvent de plusieurs lobes, séparée quelquefois par des scissures, se ramollit et suppure; le ramollissement ne se fait pas en un seul foyer, mais en plusieurs. Les ganglions profonds de l'aine et ceux de la fosse iliaque se prennent, dans certains cas, et subissent les même altérations.

N'y a-t-il pas une différence saillante entre les phénomènes que nous venons de rappeler et ceux du bubon syphilitique, lequel constitue une tumeur inflammatoire bien limitée, à marche aiguë, qui suppure rapidement, en un seul foyer?

On n'observe pas, après l'ouverture du bubon syphilitique, cette dégradation successive du pus, qui, d'abord épais et assez bien lié, se change en

une sérosité floconneuse rougeâtre et de plus en plus liquide; ce qu'on observe dans l'écrouelle de l'aine.

Mais une fois ulcéré, le bubon scrofuleux ne présente-t-il pas une certaine analogie avec le bubon virulent ulcéré? Laissons l'auteur du mémoire que nous venons de citer répondre à cette question.

« Dans le premier cas (bubon scrofuleux), l'ulcération s'accomplit sans aucun travail inflammatoire local, et elle participe de la lenteur et de la chronicité, qui sont les caractères essentiels de l'affection qui nous occupe à toutes ses périodes. Autour du point ulcéré, la peau ne présente point de rougeur, mais tout au plus une coloration livide. Le tissu cellulaire sous-jacent n'offre aucune rigidité, aucune turgescence. La plaie elle-même est fongueuse et d'une couleur grisâtre, blafarde. Ce dernier caractère, qui est le plus saillant, offre, en effet, une certaine analogie d'aspect avec un bubon virulent ulcéré, dans sa période de progrès. Mais dans ce dernier cas, la couleur gris jaunâtre de l'ulcération tient à une production pseudomembraneuse qui recouvre sa surface. Il est facile d'enlever ce produit en frottant doucement la plaie, et alors celle-ci est d'un rouge plus ou moins vif. Dans le bubon scrofuleux, au contraire, la coloration tient au tissu cellulaire lui-même, qui forme la surface de la plaie, et qui n'est recouvert par aucune fausse membrane, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par le frottement. Dans le bubon virulent, l'ulcération fait des pro-

grès rapides pendant les premiers jours, puis elle s'arrête, et on ne tarde pas à voir commencer le travail de cicatrisation. Rien de semblable ne s'observe dans l'ulcération scrofuleuse. Celle-ci persiste indéfiniment avec les mêmes caractères, sans qu'il soit possible d'établir deux périodes dans sa durée (une de progrès et une de réparation). Dans ce dernier cas, le fond de l'ulcère est toujours formé par des ganglions hypertrophiés, qui viennent quelquefois faire saillie au-dessus du niveau de la peau, et qui paraissent être le principal obstacle à la cicatrisation. Nous verrons, en effet, en parlant du traitement, que ce n'est qu'après avoir fait disparaître complétement les engorgements ganglionnaires, qu'il est possible d'obtenir une cicatrice définitive. Il est enfin un moyen de distinguer l'un de l'autre le bubon syphilitique ulcéré et le bubon scrofuleux qui est dans le même état, c'est l'inoculation. Tant qu'un bubon syphilitique présente cette coloration grisâtre qui lui donne de l'analogie avec le bubon scrofuleux ulcéré, il est inoculable, tandis que l'autre ne l'est jamais.

« Tous les signes que je viens d'énumérer sont fournis par l'ulcération elle-même, et ils sont assez nombreux pour permettre de ne pas confondre le bubon scrofuleux avec le bubon syphilitique. Mais si l'on ajoute à ceux-là les signes fournis par l'ensemble de la tumeur, il n'est plus possible de conserver des doutes sur la nature de la lésion. L'ulcère du bubon scrofuleux est toujours placé à la

surface d'une tumeur volumineuse formée par des ganglions engorgés et très-durs ; l'ulcération syphilitique, au contraire, a pour base le tissu cellulaire, et ne détermine pas par elle-même l'hypertrophie et l'induration des ganglions inguinaux. Je dois ajouter cependant que dans certains cas les deux principes morbides (scrofuleux et syphilitique), existant chez un même individu, donnent lieu à des phénomènes complexes sur l'analyse desquels j'insisterai tout à l'heure.

« Quand les bubons scrofuleux sont arrivés à l'état d'ulcération que je viens de décrire, les douleurs, la gêne de la marche et les autres symptômes qui accompagnent la période inflammatoire disparaissent. Aussi, il arrive souvent que les malades reprennent leurs occupations. La tumeur persiste avec tous ses caractères pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. L'ulcération continue de livrer passage à cette sérosité roussâtre dont j'ai parlé. Quelquefois la plaie se cicatrise avant que l'engorgement ganglionnaire soit résolu. Un nouveau travail inflammatoire ne tarde pas alors à se faire au-dessous de la cicatrice, et il survient un nouvel abcès qui s'ouvre spontanément et qui est suivi des mêmes phénomènes que le premier. Quand il existe plusieurs ulcérations sur différents points d'une même tumeur, des trajets fistuleux les font communiquer ensemble. Ces trajets peuvent avoir une assez grande étendue : j'en ai observés qui allaient de la région inguinale à la surface interne de

la cuisse ; d'autres labouraient toute la région inguinale d'un côté, traversaient le tissu cellulaire du pubis, en s'arrêtant par intervalle à des ulcérations strumeuses de cette région, et allaient enfin aboutir à des ganglions ulcérés dans l'aine, du côté opposé.

« Je viens de présenter aussi exactement qu'il m'a été possible la marche la plus ordinaire des bubons scrofuleux. Il me reste, pour compléter ce tableau, à faire connaître quelques variétés dans lesquelles la nature strumeuse de la lésion ne se dessine pas avec des traits aussi nettement accusés, du moins à toutes ses périodes. Le plus souvent, ainsi que je l'ai fait remarquer, un engorgement indolent des ganglions marque le début de la tumeur, et persiste fort longtemps sans aucun travail inflammatoire aigu du tissu cellulaire péri-adénique. Dans certains cas assez rares, on observe le contraire : la tumeur débute comme un bubon inflammatoire simple, et ce n'est qu'après l'ouverture de celui-ci que les engorgements ganglionnaires strumeux se manifestent. A partir de ce moment, ceux-ci augmentent plus ou moins rapidement, la tumeur prend une forme irrégulière, la plaie reste fistuleuse et s'ulcère, la rougeur vive de la peau disparaît, en même temps que les autres symptômes inflammatoires, et elle laisse à sa place une coloration livide ; dès lors, en un mot, le bubon devient franchement strumeux, et ne diffère pas de celui que j'ai décrit tout à l'heure.

« Dans les cas qui appartiennent à cette catégorie, le bubon succède ordinairement à un chancre ou à une blennorrhagie, qui paraissent provoquer d'abord le développement du bubon inflammatoire simple de l'aine, et celui-ci devient à son tour la cause occasionnelle qui met en jeu la disposition scrofuleuse, toujours évidente chez les sujets qui présentent de semblables affections. Le mécanisme que j'indique est parfaitement en rapport avec la succession des faits.

« Il est une autre variété plus importante que la précédente, à cause de la gravité des accidents qu'elle détermine quelquefois, et des discussions théoriques qu'elle peut soulever : je veux parler du bubon scrofuleux succédant à un bubon virulent ou syphilitique.

« Dans ce cas, la tumeur reconnaît toujours un chancre pour antécédent ; elle débute comme la précédente par une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire de l'aine. Une fois l'abcès ouvert, la plaie s'ulcère en suivant la marche que j'ai indiquée pour le bubon virulent. D'abord, en effet, les phénomènes sont identiques dans les deux cas, mais bientôt, s'il appartient à la variété que je vais décrire, le bubon présentera des symptômes particuliers. L'ulcération ne tarde pas à prendre la marche phagédénique et à envahir une étendue considérable de tissus. L'ulcère fongueux, recouvert d'un produit pultacé grisâtre très-abondant, pourra conserver pendant plusieurs mois et même plusieurs années

la propriété virulente et inoculable. On aura alors affaire à un véritable chancre phagédénique, dont la mauvaise disposition est entretenue par les conditions scrofuleuses dans lesquelles se trouve le malade. C'est un fait intéressant, sur lequel M. Ricord a depuis longtemps appelé l'attention. M. le docteur Hélot, de Rouen, a fidèlement résumé ce qui se rattache à la pathologie et à la thérapeutique de cette lésion dans un article publié dans le *Bulletin général*, mai 1845, t. 27, p. 329. Dans cette circonstance, la nature ou plutôt la complication scrofuleuse de la lésion n'est pas autrement manifeste que par la mauvaise disposition qu'elle imprime à la marche du bubon ; mais, dans d'autres cas, les symptômes syphilitiques disparaissent au bout d'un certain temps pour être remplacés par d'autres qui sont de nature scrofuleuse. L'ulcération, au lieu de prendre la marche phagédénique et de s'étendre indéfiniment, se borne à une certaine étendue de tissu. Après le temps de durée propre au bubon virulent, elle cesse de fournir un pus inoculable, et présente même quelque tendance à la cicatrisation. Mais les ganglions qui étaient placés à la base de l'ulcération, et qui se sont engorgés pendant sa durée, viennent à leur tour s'opposer à une guérison qui se serait accomplie rapidement chez un sujet qui n'aurait pas présenté de dispositions scrofuleuses. Alors la syphilis cède la place à la scrofule, et l'on voit commencer une nouvelle série de phénomènes qui ne diffèrent en rien de ceux que j'ai déjà

décrits comme appartenant au bubon strumeux. Ici le bubon virulent agit de la même manière que le bubon inflammatoire simple dans la variété qui précède : il est la cause occasionnelle qui met en jeu la disposition scrofuleuse. »

Les engorgements des ganglions lymphatiques sont assez rare dans la morve et le farcin chez l'homme. Quand ils existent, ils ne présentent pas les caractères des écrouelles, et d'ailleurs ils sont presque toujours liés à une irritation locale (abcès, ulcération) ou bien à une angéioleucite.

Dans quelques cas néanmoins, ils semblent se développer spontanément ; mais alors ils ne prennent pas un grand accroissement, ne suppurent presque jamais, s'indurent ou se résorbent. (A. Tardieu, thèse inaug., *Farcin chronique.*)

Certains *abcès scrofuleux* pourraient, dans quelques cas, être pris pour des abcès symptomatiques de la morve et du farcin.

Nous ne parlerons pas ici des abcès froids proprement dits, ni de ces petits abcès cutanés succédant à des tubercules. Ils ont des caractères trop tranchés (voir plus haut) pour avoir besoin d'insister sur ce point.

Mais on voit quelquefois, comme nous l'avons dit, une série d'abcès se succéder avec une certaine rapidité chez les scrofuleux. Quand ce symptôme existe seul, ou du moins s'il prédomine, on pourrait croire avoir affaire à un cas de farcin ; mais il faut se rappeler que les abcès symptomatiques de cette

maladie contiennent une matière, le plus souvent sanieuse, mêlée en proportions variables de pus et de sang. D'autres fois c'est un pus dont les caractères sont assez tranchés ; il est pâle et épais, d'un jaune grisâtre et d'une consistance visqueuse ; on y trouve encore souvent des stries de sang, la plupart du temps sans odeur, quelquefois très-fétides. (A. Tardieu, thèse inaug.)

Dans quelques cas, il serait très difficile de distinguer les abcès scrofuleux des abcès du farcin, lorsque, par exemple, ils contiennent les uns et les autres du sang au lieu de pus, ou bien une sérosité sanguinolente.

Les *ulcères scrofuleux* diffèrent des autres ulcères par des caractères qui leur sont propres.

Succédant à diverses altérations, écrouelles suppurées, abcès du derme, abcès du tissu cellulaire, lésions osseuses, etc., nous n'avons pas cru devoir les décrire à part et les mettre au rang des affections scrofuleuses; nous saisissons cette occasion pour en dire quelques mots, ainsi que des cicatrices qui leur succèdent.

Ce qui caractérise surtout ces ulcères, c'est « un fond rouge, pâle ou légèrement bleuâtre; les bourgeons charnus sont ordinairement aplatis, peu coniques. Ces ulcères ne fournissent pas de pus, mais un liquide peu consistant, ichoreux et d'une odeur acide, ou quelquefois légèrement floconneux, quelquefois même entraînant de la matière tuberculeuse. » (Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale.*)

Sur les bords, la peau est amincie, décollée, bleuâtre, irrégulièrement découpée; ils ont une tendance singulière à se cicatriser partiellement et une manière irrégulière et difforme.

Ces caractères suffisent déjà pour les différencier:

1° De l'ulcère scorbutique, « brun, noirâtre, fongueux, saignant spontanément ou au moindre contact, peu ou point douloureux, ne fournissant au lieu de pus qu'une sanie putride et sanguinolente. » (Boyer.)

2° De l'ulcère syphilitique, à bords coupés perpendiculairement, le plus ordinairement arrondis, présentant un aspect jaunâtre et cuivré, et devant, dans beaucoup de cas, cette teinte particulière à une production pseudomembraneuse, laquelle, une fois enlevée, laisse à nu une surface rouge et enflammée.

3° De l'ulcère cancéreux à surface inégale, raboteuse, dont les bords sont durs et renversés, qui s'étend indéfiniment, saigne facilement, laisse suinter une sanie ichoreuse.

Cette tendance à la cicatrisation partielle, que nous avons indiquée plus haut, imprime encore un cachet particulier aux ulcères scrofuleux pendant le cours de leur durée, et malgré une suppuration souvent opiniâtre, ils changent souvent de forme: tantôt ce sont des prolongements partiels du tissu, des cicatrices qui viennent recouvrir une partie de l'ulcère; tantôt ce sont des brides, des lames, qui le recouvrent à la manière de ponts; d'autres fois

l'ulcère paraît marcher rapidement vers la cicatrisation, mais il reste une petite ouverture fistuleuse qui conduit à un clapier; souvent une partie de l'ulcère suppure largement et à découvert, tandis qu'une autre partie est en voie de cicatrisation; dans certains cas, les bords de l'ulcère se renversent en dedans en forme d'ourlet.

« L'examen d'un grand nombre de cicatrices scrofuleuses m'a éclairé, dit M. Baudelocque (1) (p. 322), sur le mécanisme de la formation et sur la cause de leur difformité, et je crois qu'il est presque toujours possible de prévenir cette difformité. En effet, les cicatrices scrofuleuses difformes sont le plus souvent formées par de petites cicatrices superposées, accolées ou enchâssées les unes dans les autres. En les examinant avec attention, tantôt on trouve une ou plusieurs brides, adhérentes par leurs extrémités, libres dans le reste de leur étendue, disposées tout à fait comme les colonnes charnues de la deuxième espèce que l'on voit dans les ventricules du cœur; tantôt les brides, adhérentes par leurs extrémités, le sont encore dans toute leur longueur, comme les colonnes charnues du cœur de la troisième espèce; d'autres fois on découvre une ou plusieurs cicatrices roulées sur elles-mêmes, et fortement appliquées sur une cicatrice située plus profondément;

---

(1) Nous croyons devoir reproduire ici cette exacte description de la formation des cicatrices scrofuleuses.

quelquefois des portions saillantes, des espèces de végétations sont implantées au milieu ou sur les côtés d'une large cicatrice.

« Voyons comment les choses se passent dans la formation de ces diverses cicatrices : elles ne s'observent qu'à la suite des ulcères accompagnés d'un décollement plus ou moins considérable de la peau, et surtout à la suite des ulcères qui résultent d'engorgements glanduleux abcédés. Avant que les collections purulentes, qui se forment sur les engorgements glanduleux, soient ouvertes spontanément ou artificiellement, la peau qui les recouvre a éprouvé un grand amincissement, a été dépouillée de tout le tissu cellulaire qui tapisse sa face interne ; souvent elle a acquis une teinte livide, violacée ; la peau ainsi dénudée, amincie, altérée dans sa structure, est peu apte à la cicatrisation, et quoique depuis longtemps la totalité de l'engorgement ait disparu, quoique le fond du foyer soit détergé, disposé à se réunir à la peau, cette réunion n'a point lieu, parce que la peau ne présente pas les conditions nécessaires à son recollement.

« ... De là la cicatrisation isolée de ses parois. On voit le fond de l'ulcère se recouvrir d'une cicatrice, et au bout d'un temps plus ou moins long, la peau se cicatrise de son côté. En se rappelant le mécanisme de la formation des cicatrices, le tiraillement exercé sur les parties voisines par l'affaissement, le rapprochement de ce qu'on appelle les bourgeons charnus, on comprend aisément comment la peau,

libre d'un côté, se resserre, se roule sur elle-même, en s'appliquant fortement contre la cicatrice qui recouvre le fond de l'ulcère; il y a dans ce cas deux cicatrices superposées. Lorsque la cicatrisation, au lieu de commencer par le fond du foyer, se fait d'abord à la peau, celle-ci, se roulant toujours sur elle-même, comme dans le premier cas, s'applique fortement contre la surface ulcérée; des végétations s'élèvent autour d'elle, en dépassent le niveau, l'enchâssent définitivement lorsqu'elles viennent à se cicatriser. Les brides sont formées par des portions de peau situées entre deux ouvertures, espèces de ponts qui, ne pouvant se réunir aux parties sous-jacentes ni se rapprocher du reste de la peau, se cicatrisent isolément, soit avant, soit après les autres points ulcérés, et souvent acquièrent beaucoup d'épaisseur en se roulant sur eux-mêmes.

« ... Lorsque la peau située entre deux ouvertures est restée adhérente aux parties sous-jacentes, ou lorsqu'après en avoir été détachée elle parvient à s'y réunir, elle forme ces brides adhérentes dans toute leur longueur, ces saillies plus ou moins inégales, qui dépassent d'autant plus le niveau de la cicatrice principale que celle-ci s'est organisée sur un ulcère plus profond.

« Il existe une autre forme de cicatrice scrofuleuse, c'est celle qu'on désigne vulgairement sous le nom de couture. Le mécanisme de sa formation diffère totalement de celui qui vient d'être indiqué. Les coutures dépendent de la rapidité avec laquelle

les bourgeons charnus se développent chez les scrofuleux. Si on néglige de les réprimer, ils dépassent le niveau de la peau, s'élèvent à une certaine hauteur et se cicatrisent. Une couche épaisse de matière épidermique se remarque souvent à leur partie moyenne, et leur donne de la dureté... »

L'*ophthalmie scrofuleuse* se distingue des autres ophthalmies symptomatiques par sa marche chronique, ses recrudescences, son siége de prédilection sur les paupières et la cornée transparente (kératoconjonctive de Sanson), sa tendance à produire des ulcérations et des taches sur la cornée. Nous avons assez insisté sur ses caractères (voy. plus haut) pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Elle se distingue de l'ophthalmie syphilitique particulièrement par la différence de siége : on sait, en effet, que cette dernière affecte surtout l'iris.

Nous n'entrerons pas dans l'examen des autres caractères qui distinguent l'ophthalmie scrofuleuse des diverses ophthalmies symptomatiques; nous serions entraîné à des discussions qui ne sont pas de notre sujet.

Il importe de distinguer les *tumeurs blanches* des affections qui peuvent être confondues avec elles, c'est-à-dire du *rhumatisme fixe primitif* et de la *goutte articulaire fixe*, surtout de la variété dite goutte blanche ou goutte froide. Ces affections ont surtout besoin d'être distinguées à leur origine; quand elles sont avancées, on ne les confond plus.

Une fluxion, des phénomènes inflammatoires au

début, un gonflement qui ne suit pas la douleur, mais qui se produit avec elle, et qui n'a son siége que dans les parties molles, la fluctuation ordinaire due à la présence d'un liquide dans l'articulation, la peau humide et moite qui recouvre la tumeur: tels sont les caractères du rhumatisme. Tandis que dans la tumeur blanche il n'y a aucun gonflement au début, la douleur est le premier symptôme de l'affection. Quand le gonflement survient, on constate facilement qu'il affecte les extrémités osseuses. Les parties molles présentent un empâtement qu'on ne trouve pas dans le rhumatisme; la peau est sèche et mate.

La tumeur goutteuse ne s'annonce pas non plus par une douleur fixe qui, comme dans la tumeur blanche, est pendant longtemps l'unique symptôme. La peau qui la recouvre présente ordinairement un enduit visqueux. L'articulation est plus ou moins déformée par des productions tophacées, qui lui donnent un aspect caractéristique. La goutte articulaire fixe d'emblée et celle qui est devenue habituelle ont présenté au début une ou plusieurs fluxions, et quant à la goutte blanche ou froide, elle est à peu près indolente, tandis que les caractères opposés se rencontrent dans la tumeur blanche.

L'*hydarthrose* et la tumeur blanche commençante (quand elle s'accompagne d'une collection abondante de sérosité) peuvent être confondues. On doit se rappeler cependant que la dernière commence ordinairement par une douleur profonde, fixe, pa-

raissant siéger dans les os et précédant tout gonflement. Il n'en est pas de même dans l'hydarthrose.

Les affections des os symptomatiques de la scrofule sont, ainsi que nous l'avons dit, presque toutes constituées par des caries (carie simple, carie avec séquestre, carie tuberculeuse; voy. plus haut). On observe aussi quelquefois chez les scrofuleux cette affection particulière que nous avons décrite sous le nom de spina ventosa. Enfin on rencontre aussi quelques nécroses; mais les nécroses véritables sont assez rares. Nous ferons remarquer que les nécroses sont, au contraire, très-fréquentes dans la syphilis, et constituent presque toutes les lésions des os. De plus, les affections des tissus osseux ont, dans cette maladie, des siéges différents. Elles affectent le plus ordinairement d'autres parties que les caries scrofuleuses : ce sont, en effet, les os de la tête et de la face, les os du crâne, du nez, du palais, qui sont le plus souvent altérés chez les syphilitiques.

Nous avons indiqué déjà les différences qui distinguent les affections tuberculeuses de la scrofule de lésions analogues symptomatiques de la phthisie.

Quant à la *méningite tuberculeuse*, elle diffère de la *méningite essentielle* par sa marche plus insidieuse, moins franche, son début moins brusque dans quelques cas, ses rémissions marquées, ses périodes moins bien accusées, quoique accompagnées de changements notables dans le caractère du pouls

(voy. plus haut), enfin par sa gravitéplus grande (1).

Le *testicule scrofuleux* présente des symptômes qu'on ne retrouve pas dans le testicule syphilitique. Ce dernier, bien qu'il reste ordinairement pendant un temps fort long à l'état d'induration indolente, comme le premier dans certains cas, ne s'ulcère pas, ne suppure pas, et se termine ordinairement par atrophie.

Le testicule scrofuleux se distingue bien mieux encore du sarcocèle; il ne présente pas la dureté, la lourdeur, les élancements, les douleurs et la tendance à l'ulcération, qui caractérisent cette dernière affection (2).

Les engorgements scrofuleux des mamelles ne doivent pas être pris pour des affections cancéreuses; c'est ordinairement une précipitation funeste qui mène à cette confusion. En effet, rien ne ressemble moins à un cancer que ces petites tumeurs strumeuses, ces indurations en masse, ou ces écrouelles ulcérées du sein, que nous avons décrites en nous appuyant sur l'autorité d'Astley Cooper et de M. Velpeau (3).

---

(1) Nous ne parlons pas ici des lésions.

(2) N'oublions pas que ces deux lésions peuvent se trouver réunies (voyez plus haut).

(3) N'oublions pas non plus que l'on trouve quelquefois des dégénérescences cancéreuses chez les scrofuleux; mais encore ces tumeurs se distinguent-elles du vrai cancer par une marche plus lente, des ravages moins étendus et moins rapides, moins de tendance à se reproduire après l'ablation.

Le *catarrhe utérin* diffère de l'écoulement blennorrhagique, chez les femmes, par son caractère de non-contagion et la nature du liquide, qui est, ainsi que nous l'avons dit, visqueux, gluant, d'une abondance extrême.

L'écoulement blennorrhagique est plus verdâtre, moins épais; il provient plutôt des parties externes des organes de la génération et ne descend pas de l'utérus comme le précédent.

Les *éruptions cutanées* ne présentent pas, dans la scrofule, les mêmes caractères que dans la syphilis. Les syphilides, quelle que soit leur variété (syphilide papuleuse, tuberculeuse, pustuleuse, serpigineuse, etc.), présentent des signes distinctifs dont l'existence n'est pas contestable (voy. les mémoires les plus récents, MM. Cazenave, Legendre, etc.). C'est une coloration rouge cuivrée, une forme généralement arrondie, une disposition par groupes circulaire, l'absence de prurit, une certaine tendance à l'ulcération; mais cette tendance n'est pas indéfinie, les progrès de l'ulcération s'arrêtent au bout d'un certain temps et font place à une cicatrisation spontanée.

Il serait trop long d'entrer à cet égard dans plus de détails; nous nous bornerons à indiquer quelques points de diagnostic où l'erreur est la plus facile. On peut confondre les tubercules naissants du lupus de la syphilis tuberculeuse; « mais, dans le lupus, ils sont rougeâtres, mous, peu développés; leur sommet est comme flétri et fendillé. La peau

qui les avoisine est le siége d'un léger gonflement comme œdémateux. Ceux de la syphilide sont d'une teinte cuivrée, plus saillants, durs, lisses, luisants. Les ulcérations syphilitiques pourraient quelquefois être confondues avec celles des lupus; mais elles sont profondes, excavées; leurs bords sont durs, calleux, taillés à pic, entourés d'une auréole cuivrée. » (Cazenave et Schedel.)

Les croûtes qui succèdent à la syphilide pustuleuse et à la syphilide tuberculeuse, pourraient être prises pour des croûtes d'impetigo. « Mais, dans l'affection impétigineuse, elles sont jaunes, faciles à séparer; elles semblent, pour ainsi dire, déposées à la surface de la peau. Dans la syphilide, elles sont verdâtres et presque noires, quelquefois sillonnées circulairement; dures et toujours très-adhérentes, elles pénètrent plus ou moins profondément dans l'épaisseur du derme. » (Ibid.)

Il est très-difficile, dans certains cas même impossible de distinguer l'*ozène scrofuleux* de l'*ozène syphilitique*, si on ne considère que les deux affections en elles-mêmes, et si on ne tient pas compte des symptômes de syphilis ou de scrofule que présentent ou qu'ont présentés les malades.

Cependant l'ozène syphilitique a généralement une marche plus rapide que l'ozène scrofuleux. La rapidité et l'étendue des désordres sont souvent très-remarquables : ils consistent fréquemment dans la nécrose de portions d'os plus ou moins considérables; les os propres du nez sont très-souvent en-

vahis et promptement détruits, d'où la déformation et l'affaissement consécutifs du nez.

L'ozène scrofuleux présente ordinairement plus de lenteur. Les lésions peuvent se borner à la muqueuse. Quand elles s'étendent aux os, elles consistent plutôt dans les variétés de caries que nous avons indiquées (voy. au chapitre *Lésions de la scrofule*) : carie simple, carie avec séquestre, carie tuberculeuse.

(Voyez les observations ci-jointes, empruntées à l'excellente thèse de M. A. Tardieu, *De la Morve et du farcin chroniques*) (1).

---

(1) *Ulcérations tuberculeuses des fosses nasales* (Tardieu).

Chez un jeune garçon de douze ans, scrofuleux, du service de M. Baudelocque, dont je fis l'autopsie le 3 mars 1842, avec mes collègues, MM. Legendre et Laffore, et qui était mort d'une méningite tuberculeuse, il existait à la racine du nez une ouverture fistuleuse par laquelle sortaient du pus et des débris d'os détruits et entraînés par la suppuration. Le nez est aplati et élargi transversalement comme chez les individus atteints de polype; il y a une légère dépression au niveau du dos du nez, mais pas encore de bascule. On ne sentait pas d'odeur particulière de l'haleine nasale, mais il était difficile de juger, à cause de celle qu'exhalait en général le petit malade. A l'*autopsie*, on trouve à l'extérieur les os propres du nez dénudés, friables, brisés en plusieurs petites esquilles; en dehors du côté droit dans la fosse canine et sur la tubérosité du maxillaire, des dépôts de portion tuberculeuse qui ont

Rappelons, en terminant ce chapitre relatif au diagnostic, que ce n'est pas par un symptôme isolé

---

aminci et perforé la paroi des sinus. A l'intérieur, dans les fosses nasales : 1° du côté droit, on voit d'abord, dans l'angle supérieur, une masse tuberculeuse de la grosseur et de la forme d'un noyau de prune, jaune et de consistance caséeuse, paraissant libre dans la cavité nasale; du côté de la paroi droite, en effet, cette masse repose, sans y adhérer, sur la membrane muqueuse qui est intacte, un peu amincie peut-être par la compression ; mais il est facile de voir que ce noyau de matière tuberculeuse s'est développé sur la cloison même, tout à fait à la partie supérieure où la lame perpendiculaire est détruite, ainsi que la muqueuse, sous laquelle sans doute le tubercule a pris naissance. A la partie inférieure, au niveau de l'extrémité antérieure du cornet inférieur, sur la paroi latérale droite, il existe une ulcération large comme une lentille. Régulièrement circulaire, elle s'élève un peu au-dessus du niveau de la pituitaire; sa surface est unie et formée par une substance crémeuse à moitié ramollie, d'un blanc jaunâtre: ses bords, légèrement saillants, ne sont ni rouges, ni boursouflés, et ne forment pas de bourrelets enflammés; autour de l'ulcération, la membrane muqueuse n'est altérée ni dans sa couleur, ni dans sa consistance, ni dans sa texture. Si l'on incise sur l'ulcération même, on voit que la coupe est entièrement formée par de la matière tuberculeuse, collectée de manière à remplacer le tissu sous-muqueux, et dont les caractères ne sauraient être douteux. Elle s'étend en profondeur jusqu'à l'os, qui est dénudé et rugueux, mais qui est évidemment altéré secondairement et en largeur un peu au delà des limites de l'ulcération. L'aspect de cette ulcération ne diffère pas de celle de même nature que l'on

que se caractérise une maladie, bien qu'elle imprime à chacun de ses symptômes un cachet parti-

---

voit dans l'intestin, seulement les caractères en sont encore plus nettement dessinés à cause de l'étendue plus grande et de la quantité plus considérable de matière tuberculeuse demi-ramollie, placée sous la muqueuse. Toute la partie postérieure de la fosse nasale droite est saine. 2° Du côté gauche, les altérations sont également limitées aux parties supérieure et antérieure. En haut, les sinus ethmoïdaux sont entièrement remplis par de la matière tuberculeuse qui fait saillie à la voûte des fosses nasales, et qui communique, par la perforation de la lame perpendiculaire, avec la masse que nous avons décrite dans le côté droit. On trouve encore à la partie inférieure, et tout à fait en avant, au niveau du méat moyen, une ulcération tuberculeuse en tout semblable à celle qui existe de l'autre côté, c'est-à-dire présentant à la fois une surface d'un blanc jaunâtre, uniforme, circulaire, sans inflammation sur les bords, et avec collection de matière tuberculeuse dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, et altération consécutive de l'os, qui est lui-même comme ulcéré.

Ozène scrofuleux. Destruction des cornets, du voile du palais et de l'épiglotte. (A. Tardieu.)

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans qui a succombé à une phthisie bronchique, le 13 juin 1842, après avoir présenté des signes de scrofule et une altération de la voix datant de trois ans. Les fosses nasales, que j'ai soumises à l'examen de la Société anatomique *, offraient des lésions

* *Bulletin de la Société anatomique*, 17e année, p. 207; 1842.

culier, mais par l'ensemble, le concours de ces derniers. (Voy. la citation de Sydenham que nous avons prise pour épigraphe.)

---

extrêmement profondes, qui n'avaient pu être appréciées pendant la vie. La portion postérieure et inférieure de la cloison est entièrement détruite, ainsi que la partie la plus reculée de la voûte palatine et du voile du palais. En avant, le cartilage de la cloison existe et se termine en arrière par un bord sinueux irrégulier. La muqueuse, qui en recouvre les deux faces, est pâle, sans changement de couleur, de consistance ni d'épaisseur.

Les deux cavités nasales à droite et à gauche présentent exactement les mêmes altérations, et à voir la ressemblance extrême qu'il y a entre elles, on pourrait croire que l'état actuel est normal. Des deux côtés, on est frappé d'abord de l'absence complète des deux cornets moyen et inférieur. Cette disparition fait paraître beaucoup plus large la cavité même des fosses nasales; on voit sur la paroi externe une large ouverture béante régulière, qui n'est autre que l'antre d'Hygmore, dont l'orifice est singulièrement agrandi, et s'ouvre directement dans la fosse nasale correspondante. Le méat moyen n'est indiqué que par un enfoncement, qui forme comme le vestibule du sinus maxillaire. Le bord inférieur de cette ouverture est arrondi, lisse et très-régulier à droite; à gauche il est tranchant et formé par une crête osseuse nécrosée, appartenant au maxillaire supérieur. Au-dessous on voit simplement une surface concave régulière, qui se continue sans démarcation avec le plancher des fosses nasales; il n'y a pas la moindre trace de cornet inférieur. Le bord supérieur de l'orifice du sinus maxillaire est tronqué, très-sinueux, et se confond avec le méat

Si l'on applique ce principe de nosologie à la scrofule, il devient impossible de la confondre avec aucune autre maladie, malgré des analogies partielles

---

supérieur. On voit des deux côtés, mais surtout à gauche, de petits fragments d'os nécrosés, faiblement adhérents, qui sont les seuls débris du cornet moyen. Le supérieur est seul conservé presque intact, présentant quelques érosions du bord inférieur.

La membrane muqueuse est actuellement en apparence saine dans toute l'étendue des fosses nasales. Seulement, tout à fait à la voûte, dans la partie de la cloison qui répond à la face interne du cornet supérieur, elle est rouge, fortement injectée, et présente à droite deux points blancs, plus épais et légèrement saillants, d'où l'on peut énucléer une matière qui paraît analogue au tubercule. Autour de l'ouverture d'Hygmore, la membrane muqueuse, surtout en avant et en bas, est amincie et formée par un tissu cellulo-séreux, ce qui ne peut laisser de doute sur les lésions qu'elle a dû présenter à une époque antérieure. Nulle part on ne trouve d'ulcérations véritables, ni d'ecchymoses, ni bourrelet saillant autour de l'ouverture du sinus ; seulement une destruction complète de la partie osseuse et membraneuse du cornet.

Cavité buccale et pharyngienne. La partie antérieure de la voûte palatine est saine, mais en arrière elle se termine brusquement par un bord concave, tapissé par la muqueuse, qui est d'un rouge vif. Le voile du palais est entièrement détruit, les piliers sont remplacés par un repli unique qui se continue avec le bord postérieur qui limite la voûte palatine. Il n'y a pas d'ulcération, seulement une rougeur livide de la muqueuse. La paroi postérieure du pharynx présente au fond de la bouche une large cicatrice d'un blanc nacré, qui

dont quelques auteurs se sont beaucoup trop préoccupés.

---

est la trace d'une ancienne ulcération. Il n'y a actuellement aucune ulcération nouvelle.

Organes respiratoires. L'épiglotte est détruite; on ne voit au-dessus de la glotte qu'un bord sinueux, irrégulier, rougeâtre, qui en marque la base. Le larynx, la trachée et les bronches, sont sains; on n'y voit ni ulcérations, ni cicatrices. Les ganglions bronchiques forment une énorme masse tuberculeuse, plus ou moins ramollie, que comprimaient les bronches. L'un d'eux a la valeur d'un petit œuf de poule. Les poumons ne contiennent pas de tubercules.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la scrofule est généralement grave, puisqu'il s'agit d'une maladie chronique, rebelle, qui se termine ordinairement par la mort après un temps plus ou moins long. Cependant ce pronostic varie suivant un grand nombre de circonstances.

Pronostic suivant les formes de la maladie. — Il n'y a, en effet, aucune espèce de rapport entre le pronostic de la forme bénigne qui se termine par la guérison, et le pronostic de la forme grave dont la mort, et généralement une mort assez prompte, est la fin ordinaire.

Pour la forme commune, le pronostic varie suivant la nature des affections, leur nombre, leur ordre d'apparition, l'importance des organes lésés, la marche plus ou moins rapide de la maladie, les causes qui en ont amené le développement.

Pronostic suivant les conditions de développement. — Toutes choses égales d'ailleurs, la scrofule héréditaire est plus grave que la scrofule acquise. Il vaut mieux que la scrofule se soit développée dans de mauvaises que dans de bonnes conditions hygiéniques On aura plus de chance, dans ce dernier cas, de la modifier par un bon régime de vie et un traitement convenable.

On pourrait croire que la scrofule tardive, celle qui ne se développe que dans la jeunesse et dans l'âge adulte, est d'un meilleur pronostic, parce qu'elle semble indiquer une prédisposition morbide moins prononcée. Mais cette variété de scrofule est souvent caractérisée par des affections peu nombreuses, mais très-graves en elles-mêmes.

Enfin, on a noté que la scrofule marchait plus rapidement, se développait plus facilement chez les individus qui présentent les attributs de ce qu'on est convenu d'appeler le tempérament lymphatique, ce qui ne veut pas dire, comme nous le verrons ailleurs, que ces individus y soient plus prédisposés que les autres, erreur trop accréditée depuis un certain temps. (Voy. au chapitre de l'*Etiologie*.)

La scrofule qui se développe à la suite d'une fièvre éruptive affecte souvent une marche plus rapide, et a plus de gravité que quand elle survient dans d'autres circonstances.

Pronostic suivant la marche. — Plus la marche de la scrofule est rapide, plus le pronostic en est grave. C'est un meilleur signe quand la maladie parcourt ses périodes avec lenteur, surtout quand les périodes sont régulières, c'est-à-dire quand les affections plus graves, qui n'appartiennent qu'à la scrofule confirmée, n'apparaissent pas d'emblée dès le début. C'est encore un bon signe quand les périodes sont séparées par des intervalles de temps où la maladie ne se révèle par aucune affection, et où la

santé paraît complétement rétablie; cependant il faut toujours s'attendre, surtout à toutes les époques critiques de la vie, et lorsque la constitution est soumise à quelque modification importante, il faut s'attendre au développement d'une nouvelle série de symptômes ou à la réapparition d'anciennes affections qui paraissaient définitivement guéries.

Valeur pronostique des affections scrofuleuses. — Les affections de la peau, particulièrement celles de la face et du cuir chevelu chez les enfants, les phlegmasies des muqueuses, telles que le coryza, les angines, certains catarrhes, la leucorrhée, l'otorrhée, n'ont pas de gravité par elles-mêmes, et n'ont pas une valeur pronostique bien significative par rapport à la maladie dont elles sont l'expression. Comme toutes les affections scrofuleuses, elles ont un caractère de chronicité remarquable, et quelle que soit leur légèreté, leur bénignité, on doit être toujours bien prévenu de la ténacité qu'elles présentent.

Dans certains cas, ces affections légères ont beaucoup plus d'importance pour le pronostic. C'est, par exemple, un bon signe, quand elles constituent à elles seules toute la maladie, que cela persiste pendant très-longtemps, et que, dans un âge déjà avancé, il ne survient pas d'altérations plus graves. C'est encore un meilleur signe quand leur apparition ou leur réapparition coïncide avec la diminution ou la cessation complète de symptômes

plus inquiétants. Mais il faut, pour qu'on puisse tenir compte de ces changements, qu'ils soient durables. Chez certains scrofuleux, en effet, ils n'ont pas de valeur et tiennent à une grande mobilité dans les symptômes (1).

La répercussion subite d'une affection cutanée ou catarrhale, suivie d'une affection de poitrine, par exemple, est d'un pronostic très-fâcheux. Mais il faut bien distinguer ces métastases, qui ont un caractère et une valeur, de la succession régulière et peu significative d'affections plus graves à des symptômes plus légers, ce qui s'observe toujours lorsque la scrofule passe de sa première période à une période plus avancée.

Ce que nous avons dit des affections de la peau et des muqueuses s'applique à l'ophthalmie. Elle appartient, comme dit M. Baudelocque, à une modification peu profonde de la maladie, et on l'observe souvent, soit que la scrofule n'ait pas encore atteint son summum d'intensité, soit qu'elle tende vers la guérison (2). En elle-même, elle est grave quand elle est intense et qu'elle prend le caractère

---

(1) «Aliquando cessant scrofulæ humiditate pone aures «orta vel ichoris effluxu ex aure succedente item hœmor-«rhagia narium, catarrho aut alvi profluvio.» (Vogel, *Prælect.*, § 715.)

«Semper bona est scabies capitis scrofulis accedens.» (Stoll.)

(2) Cullen donne à entendre la même chose.

aigu ; mais le plus souvent sa gravité, dans ces circonstances, tient au peu d'énergie du traitement.

Les écrouelles indiquent un degré plus avancé de la maladie : c'est le signe de la scrofule confirmée, mais elles n'ont pas une grande valeur pronostique. Il en est qui n'ont aucune gravité : ce sont celles qui n'ont pas de tendance à l'inflammation et à l'ulcération, qui restent stationnaires, mobiles, isolées, superficielles, sans douleurs, peu nombreuses (1). Celles qui présentent des caractères opposés sont d'un plus fâcheux augure. On voit, dans certains cas, des engorgements indolents persister longtemps après la cessation de tous les autres symptômes de la scrofule. Ce n'est plus alors qu'un phénomène consécutif et local, la maladie est guérie.

Les abcès scrofuleux n'ont pas non plus une grande importance sous le rapport du pronostic. Les abcès froids, et surtout ces abcès qui contiennent du sang, de la fibrine, des produits morbides mélangés, mal élaborés, sont plus graves que cette variété d'abcès plus inflammatoires, plus analogues aux abcès phlegmonneux, que nous avons vus se développer assez souvent dans le cours de la maladie, et surtout que ces petites collections purulentes

---

(1) « Primus gradus, glandulæ nimirum colli in infan-« tibus leviter tumefactæ, levissimus est et absque noxa « cernitur frequentissime... Hinc etiam frustaneum fere est, « earum curationem suscipere, cum ætate procedente sponte « dispareant absque noxa. » (Kortum, loc. cit., t. 1, p. 346.)

du derme dont la nature se rapproche de celle des affections cutanées.

Plusieurs auteurs ont cru voir quelquefois un signe favorable dans la production d'un certain nombre d'abcès, se développant assez rapidement et presque simultanément chez le même individu. Ils y ont attaché à tort une idée de dépuration; mais ne peut-on pas y voir une sorte de crise dans les cas où la guérison a paru être la conséquence de ce phénomène remarquable?

Dans d'autres circonstances, le contraire a lieu. Si la maladie est arrivée à sa dernière période, à l'état cachectique, l'apparition de plusieurs collections purulentes est d'un très-mauvais augure. C'est souvent le signe d'une mort prochaine, surtout s'il se fait des épanchements de sang dans les abcès, ou bien si des suffusions sanguines ou des ecchymoses se forment en différents points. Les hémorrhagies, dans cette période, sont aussi un très-mauvais signe.

On accorde, dans presque tous les ouvrages qui ont trait à la scrofule, une certaine importance aux tumeurs *dites enkystées,* lesquelles sont des collections tuberculeuses. « Ubi præter glandulas conglobatas « tumores quoque cystici adsunt, ibi jam adolevit « malum (Kortum). Majus adhuc mali incrementum « denotant glandulæ conglomeratæ, imprimis sali- « vales, affectæ... »

Les affections des os, les caries, les tumeurs blanches, sont d'un pronostic très-fâcheux, non-seulement par elles-mêmes, mais comme indiquant soit

une scrofule commune fort avancée, soit une scrofule grave. Cependant, il faut faire quelque distinction; les caries du pied et de la main, le faux spina ventosa des phalanges, le véritable spina ventosa, sont relativement des affections bénignes, surtout chez les enfants et les jeunes sujets, et ne concluent nullement à la non-guérison de la maladie. La carie des vertèbres et la carie du rocher, surtout lorsqu'elles se compliquent de l'inflammation des méninges céphalique ou rachidienne, et de la substance cérébrale ou médullaire, sont très-promptement suivies de mort. Disons, à propos de la carie du rocher, combien il y a de différence sous le rapport du pronostic entre l'écoulement séro-purulent qui en est le signe, et l'écoulement muqueux à peu près insignifiant qui constitue la simple otorrhée. Dans l'un et l'autre cas, la suppression de l'écoulement est dangereuse.

Les affections tuberculeuses des viscères, en particulier le carreau, la phthisie des scrofuleux, la péritonite tuberculeuse sont d'un pronostic très-grave, quoique la mort puisse se faire très-longtemps attendre. Quant à la méningite tuberculeuse, elle est presque toujours rapidement mortelle. On voit que cet aphorisme de Stoll : « Licet pertinacis- « simum malum sint scrophulæ pauci tamen indè « moriuntur » ne s'applique pas à la scrofule en général, ni à un grand nombre de ses affections, mais seulement aux tumeurs écrouelleuses, désignées par la plupart des auteurs sous le nom de *scrophulæ*.

Cependant, quelque grave que soit une affection scrofuleuse, il ne faut pas se hâter de prédire une terminaison funeste ; une lésion moins dangereuse peut survenir et faire une heureuse diversion.

Chez un sujet affecté de phthisie scrofuleuse ou d'une affection du même genre, l'apparition de tumeurs écrouelleuses est un phénomène très-favorable. « In phthisi pulmonali scrophulæ interdum « criticæ. » (Sydenham, *Opusc. universa,* p. 793.)

Les tumeurs mixtes tuberculo-cancéreuses, les cancers observés en même temps que d'autres engorgements scrofuleux, sont d'un fâcheux augure.

On conçoit, du reste, que le pronostic varie relativement aux différences de siége que présentent des lésions de même nature. Les tumeurs tuberculeuses développées sous la peau, les tubercules du testicule, sont moins graves que des tumeurs analogues siégeant dans des organes plus importants; c'est ce qui a fait dire : « Strumæ externæ diù sunt « innoxiæ, internæ brevi periculosæ » (1). Il n'en est pas toujours ainsi. On sait, en effet, qu'on trouve quelquefois après la mort, dans le cerveau, le poumon et d'autres organes, des tubercules qui n'ont donné lieu à aucun trouble pendant la vie.

Certaines tumeurs scrofuleuses sont moins graves en elles-mêmes, et relativement au pronostic général de la maladie, qu'à cause de la gêne mécanique

---

(1) Tulpius.

qu'elles apportent à l'accomplissement des fonctions les plus nécessaires à l'existence; telles sont celles qui compriment la trachée, les bronches, l'œsophage, les vaisseaux du cou (1), le pneumogastrique, les nerfs diaphragmatiques, etc.

Nous avons vu que certaines inflammations, telles que les angines, l'ophthalmie, n'étaient pas d'un pronostic fâcheux. Les bronchites fréquentes sont d'un plus mauvais augure. Mais un phénomène très-grave et qui annonce souvent la mort, ce sont des inflammations du poumon et surtout de la plèvre survenant à une période avancée de la maladie.

Valeur séméiotique de certains symptômes. — L'amaigrissement est un symptôme assez rare chez les scrofuleux, du moins un amaigrissement qui va jusqu'au marasme. Quand il survient c'est un mauvais signe.

L'amaigrissement est presque toujours masqué par une bouffissure, quelquefois générale, le plus souvent bornée à la face et aux extrémités. Ce gonflement œdémateux est d'un mauvais augure.

Il en est de même des épanchements qui se font

---

(1) «Si tumores strumosi occupant loca juguli circa vasa, «facile homo per apoplexiam mori potest, vel nascitur hy-«drocephalus internus.» (Klein, *Interp. clin.*, p. 262.) Van Swieten (t. 3, p. 273) dit que les tumeurs du cou peuvent occasionner des vertiges, et La Motte, *Traité de chirurgie*, cite des cas d'apoplexie.

dans les cavités séreuses. Ce symptôme dénote un degré très-avancé de la maladie.

La diarrhée, une diarrhée séreuse abondante et fétide, est encore un très-mauvais signe.

Ces différents symptômes ont d'autant plus de gravité, qu'ils sont réunis et qu'ils caractérisent la cachexie spéciale des scrofuleux.

Il est d'autres symptômes moins graves qui ne laissent pas que d'avoir une certaine valeur pronostique.

Plus les signes de la prédisposition scrofuleuse sont marqués et plus en général la maladie est grave. Cependant chez les adultes et dans la forme fixe primitive qui n'est caractérisée que par une seule affection, ces caractères sont souvent moins marqués et il ne faudrait rien conclure de leur absence ou de leur peu de saillie.

La conservation de l'appétit, des forces et d'un certain embonpoint, malgré des lésions très-profondes, siégeant dans des organes très-importants, est *relativement* un bon signe, mais ne doit faire porter un présage favorable sur l'issue ultérieure de la maladie. L'embonpoint des scrofuleux se conserve souvent très-longtemps. Mais souvent aussi ils sont sujets sous ce rapport à des alternatives singulières, maigrissent tout à coup en très-peu de temps sous l'influence d'une affection légère, puis engraissent de nouveau très-rapidement.

La fièvre ne survient communément qu'à une période très-avancée de la scrofule, c'est alors un très-

mauvais signe. Mais dans d'autres circonstances elle est d'un pronostic très-favorable, c'est quand elle survient particulièrement vers l'époque de la puberté et qu'elle accompagne une crise salutaire. Elle précède alors et annonce une guérison prochaine.

Les enfants présentent aussi quelquefois avant la puberté, un mouvement fébrile, désigné un peu vaguement sous le nom de fièvre de *croissance*.

Mais si la fièvre, dans ces cas, ne s'accompagne pas, après un certain temps, d'une amélioration notable, elle donne une impulsion fâcheuse à la maladie.

ÉTIOLOGIE.

Parmi le grand nombre de causes qui ont été indiquées à propos de l'étiologie de la scrofule, il n'en est aucune qui soit véritablement déterminante, spécifique, qui soit la raison suffisante de la maladie ; tout au plus sont-elles occasionnelles ou prédisposantes (1). Considérées de la sorte, ces *conditions de développement*, qui n'en ont pas moins une très-haute importance, méritent une étude particulière, d'autant plus qu'au sujet de plusieurs d'entre elles se sont élevées des controverses dont il importe de faire la critique.

Quant à la question de la cause prochaine, elle sera traitée à propos de la nature de la maladie.

Age. — C'est surtout dans l'enfance que la scrofule commence à se manifester (2). Il est rare de

---

(1) Ceci, du reste, n'est pas particulier à la scrofule ; c'est une considération d'étiologie générale.

(2) La scrofule peut-elle se développer dès la vie fœtale? « M. Langstaff conserve dans son cabinet deux poumons tuberculeux trouvés sur un fœtus. M. Husson a vu dans les poumons d'un fœtus mort-né au septième mois de la grossesse des tubercules ramollis et déjà en suppuration; il a observé pareille maladie dans le foie d'un autre enfant né à terme et qui ne vécut que huit jours. OEhler a trouvé les ganglions mésentériques tuméfiés, durs, scrofuleux en un

l'observer dans la première ou la seconde année (1). « Raro infantes ubera sugentes scrofulosi fiunt » (2). Cullen a vu cependant un enfant de trois mois affecté de scrofule; quoique d'autres auteurs (3) aient observé cette maladie chez des enfants aussi jeunes, c'est par extraordinaire qu'elle apparaît avant la fin de la première année. Le plus communément elle se développe de trois à sept ans (4), quelquefois plus tard jusqu'à l'âge de la puberté, *mais il est très-rare de la voir survenir après ce temps,* dit Cullen (5).

Ce qui précède, comme la plupart des opinions émises à ce sujet dans les auteurs, s'applique aux engorgements écrouelleux, beaucoup plutôt qu'à la scrofule elle-même, dont le début, ainsi que nous

---

mot, non-seulement chez des fœtus nés de mères écrouelleuses, mais encore chez quelques-uns dont les mères n'offraient aucune trace de cette maladie. Chaussier assurait dans ses leçons avoir vu des écrouelles en suppuration chez des fœtus et des enfants nouveau-nés. » (Baudelocque, p. 7.)

De ces faits, quelques-uns peuvent également s'appliquer à la phthisie ou diathèse tuberculeuse et ne permettent pas une conclusion certaine; les autres paraissent prouver la possibilité du développement de la scrofule chez le fœtus.

(1) Cullen, *Méd. pratique,* t. 2, p. 601.

(2) Bertrandi.

(3) Baudelocque, p. 190.

(4) Cullen, Kortum, etc.

(5) T. 6, p. 601.

l'avons vu n'est souvent caractérisé que par des affections cutanées de la face, du cuir chevelu ou par d'autres symptômes, qui apparaissent bien avant les écrouelles et quelquefois pendant l'allaitement.

Mais bien que la scrofule débute presque toujours dans l'enfance, il est une variété de cette maladie qu'on peut appeler tardive et qui n'apparaît que dans la jeunesse ou dans un âge plus avancé; mais souvent alors la première période, celle qui appartient plutôt à l'enfance, ne s'observe pas, et on voit apparaître d'emblée des affections qui, dans la scrofule commune, ne se manifestent généralement que d'une manière secondaire et dans une période plus avancée.

Hippocrate prolonge jusqu'au delà de quarante ans l'époque à laquelle les écrouelles peuvent apparaître (1). Il est constant, dit Kortum, que l'on voit souvent survenir des affections scrofuleuses à quarante ans et au delà (2)... « Mais, ajoute-t-il plus loin avec grande raison, les adultes qui, commençant à vieillir, sont attaqués de tumeurs glanduleuses et d'autres affections qu'on peut rapporter à la scrofule, ont dans leur jeunesse éprouvé à un degré quelconque quelque atteinte de cette maladie. » Enfin, Mercurialis (3) et Russell (4), sont encore des auto-

---

(1) *Coac. prænot.*, p. 512.

(2) Loc. cit., t. 1, p. 167.

(3) *De Morb. puerorum*, liv. 1, chap. 5.

(4) *Œcon. nat. in morb. gland.*, p. 128.

rités qui attestent la reproduction d'affections scrofuleuses à l'âge de quarante ans et au delà chez les sujets qui en ont été affectés dans leur jeunesse. On trouve dans les auteurs des observations assez nombreuses de faits semblables (1).

L'âge n'a pas seulement une certaine influence sur le développement de la scrofule, mais sur l'apparition de telles ou telles affections scrofuleuses (voyez ce qui a été dit plus haut, à propos des formes et de la marche).

Constitution. — Presque tous les auteurs ont répété les uns après les autres que le tempérament lymphatique était une cause prédisposant à la scrofule.

On pourrait tout d'abord nier la vérité de cette assertion en se fondant sur l'incertitude et le vague du système des tempéraments, ce reste des doctrines humorales. Qu'est-ce, en effet, que le tempérament lymphatique? Les caractères en sont-ils bien nettement définis? Quand bien même on admettrait, ce qui existe, en effet, de certaines aptitudes fonctionnelles, la prédominance physiologique de certains organes donnant à la constitution un cachet particulier, serait-ce une raison pour y voir une cause de la maladie qui nous occupe?

---

(1) Janin, d'après Kortum, cite des cas d'ophthalmies scrofuleuses et d'ulcères de la cornée à quarante ans et au delà, etc. (Kortum, t. 1, p. 168.)

« La nature des deux états est si dissemblable qu'il n'y a aucun rapport entre le tempérament lymphatique le plus outré et l'affection scrofuleuse la plus légère » (1). Le contraire devrait exister s'il était vrai, comme on l'a avancé, que la scrofule n'est que l'exagération du tempérament lymphatique (2).

La plupart des auteurs répètent que cette maladie attaque souvent les enfants qui sont d'une constitution molle et délicate, qui ont la peau fine, transparente, un certain embonpoint, le teint coloré, les yeux grands et bleus, de longs cils, la pupille dilatée, des cheveux blonds, l'intelligence précoce.

Mais il faut remarquer que, de l'aveu même des médecins qui admettent le tempérament lymphatique comme ayant quelque influence sur le développement de la scrofule, cette influence est loin d'être constante. « Il n'y a pas de doute, dit M. Guersant (3), que certains tempéraments sont plus souvent disposés que d'autres à l'affection scrofuleuse, et que, toutes choses égales d'ailleurs, les individus jouissant d'un tempérament lymphatique y sont peut-être un peu plus sujets. Cependant il faut se garder d'adopter comme certaine cette assertion

---

(1) Baudelocque, l. c., p. 20.

(2) Richerand, *Nosogr. chirurgic.*

(3) *Dict. de méd.*, t. 19, p. 190.

qu'on répète dans tous les ouvrages. Je vois tous les ans un grand nombre de scrofuleux, et certes la majorité de ces enfants n'offre point les caractères qu'on accorde ordinairement au tempérament lymphatique. Beaucoup d'entre eux sont châtains ou bruns, ont la peau sèche et peu d'embonpoint. »

« Plus de la moitié des enfants, dit M. Baudelocque, qui en sont atteints (des écrouelles) ne présentent aucun des caractères assignés au tempérament lymphatique; il en est un grand nombre qui ont les cheveux châtains foncés ou noirs, la peau brune et sèche, les yeux noirs, peu d'embonpoint et une grande activité. » Thompson affirme que les cas les plus graves de scrofules qu'il a observés se sont rencontrés chez des sujets dont le teint et les cheveux étaient très-foncés (1).

Cependant si le tempérament lymphatique n'est pas une cause de scrofule, s'il ne prédispose pas à cette maladie, il est vrai de reconnaître que la scrofule une fois développée chez les individus qui présentent les caractères assignés à ce tempérament, marche plus rapidement, présente chez eux plus d'intensité, plus de résistance.

C'est ce que reconnaît l'un des honorables auteurs que nous venons de citer (M. Baudelocque). « L'observation ne répugne pas à laisser croire que les

---

(1) Id., ibid., p. 18.

écrouelles se développent plus rapidement chez les enfants lymphatiques que chez d'autres. »

Si le tempérament lymphatique ne prédispose pas à la scrofule, il n'en est pas moins certain qu'une constitution naturellement faible ou affaiblie par des excès, des privations, le manque d'air, de lumière, d'exercice, est une condition favorable au développement de cette maladie.

Sexe. — Les femmes, suivant Hoffmann (1) et plusieurs autres médecins, sont plus sujettes que les hommes à la scrofule. Cependant il faut mettre une grande réserve à admettre cette assertion. On s'est trop hâté de conclure de l'analogie qui existe entre la constitution des femmes et celle des enfants et des adolescents à l'analogie des prédispositions morbides (2), d'où l'opinion que les femmes sont plus sujettes que les hommes à la scrofule, et que cela est dû à la faiblesse, à la mollesse de leur constitution.

Hérédité. — Il est généralement admis que la scrofule est héréditaire; c'est une opinion traditionnelle.

« Les écrouelles, dit Cullen (3), sont communé-

(1) Hoffmann, *Op. omn.*, suppl. 2, p. 427.

(2) Ceci s'applique à plusieurs maladies qu'on dit être plus particulièrement communes aux enfants et aux femmes. Voilà l'occasion d'en appeler aux faits.

(3) *Méd. prat.*, t. 2, p. 603.

ment et très-généralement une maladie héréditaire. Elle peut se manifester quelquefois chez d'autres enfants que ceux dont les parents ont été affectés d'écrouelles dans quelque période de leur vie; mais cela est rare. Je ne puis assurer si elle peut ne pas se déclarer chez les enfants de ceux qui sont écrouelleux et paraître ensuite chez les descendants de la seconde génération; je pense cependant que cela est fréquemment arrivé (1). Il me paraît qu'elle tire plus communément son origine du père que de la mère.» Ce serait le contraire, suivant le même auteur, pour le rachitisme.

Pour cette maladie, comme pour toutes celles qui sont héréditaires, parmi les enfants d'un père ou d'une mère atteints de scrofule, ceux-là en sont le plus souvent affectés qui ont le plus de ressemblance avec leurs parents (2).

Du reste, quoique la scrofule soit une maladie héréditaire, il ne faudrait pas croire que les enfants

---

(1) «Silente sœpe morbo in genitura', dum ex œvo deri-«vatur in nepotem.»(Boerhaave.)

«Forte in prima generatione nondum se exserere potest «impressus character morbosus, et in secunda tantum se «manifestat progenie.»(Van Swieten.)

(2) Cullen a connu une famille dont le père était écrouelleux. Tous les enfants qui lui ressemblaient étaient affectés de cette maladie, et ceux qui ressemblaient à leur mère en étaient exempts. (*Méd. prat.*, traduction franç., notes de Bosquillon.)

des scrofuleux le devinssent tous et toujours ; ce qui a été dit précédemment le prouve. Il ne faudrait pas croire non plus que toute scrofule fût héréditaire et qu'il n'y eût point de scrofule acquise, comme quelques uns l'ont prétendu (1).

Cette hérédité de la scrofule, très-fréquente, très-commune, mais souffrant d'assez nombreuses exceptions, a été admise par la plupart des auteurs (2). Quelques-uns cependant n'ont pas craint de la nier (3).

---

(1) Docteur Lemasson-Delalande (voy. Baudelocque, p. 12). Cette opinion est contraire à l'expérience. Il existe un grand nombre de faits qui prouvent que des enfants peuvent devenir scrofuleux sans que leurs parents ou leurs ancêtres l'aient jamais été. (V. plus bas ce que nous disons de l'opinion de M. Lugol.)

(2) Andr. Laurentius, *de Mira strum. curat.*
Bonetus, *Sepulchr., Anat. génér.*, p. 1527; 1679.
Mead, *Monit. et præcept.*, c. 15.
Macbride, Introd.
Charmetton, *Prix de l'Acad. de chir.*, l. c., p. 176.
Dietrich, *Diss. de morb. glandul.*, p. 20.
Tœttellmann, *Diss.*, § 18.
Reid.
Cullen, l. c.
Voy. Kortum, p. 287, 1 vol.
Baudelocque, p. 6.

(3) Faure, *Prix de l'Acad. de chir.*, p. 36.
White, p. 8, *Traité allem. des scrofules.*
Diel, ap. White, l. c., p. 126 sq.
Henning.

Les principaux arguments dont ils se servent pour soutenir leur opinion sont les suivants : nous prenons ceux de White en particulier. Il n'y a aucun sexe, aucune constitution, aucun tempérament qui ne puisse être atteint de scrofule. Souvent des enfants de scrofuleux en sont exempts, ou si quelques-uns sont pris de la maladie de leurs pères, les autres restant sains, on voit que la cause du mal dépend de circonstances accidentelles. D'une autre part, il n'est pas rare de rencontrer des enfants scrofuleux dont les parents ne l'ont jamais été. La variole, la rougeole, la coqueluche, etc., déterminent souvent le développement de la scrofule : si c'était une maladie vraiment héréditaire, tous les frères et toutes les sœurs nés de parents écrouelleux, devraient en être atteints, etc.

Il suffit vraiment de rapporter de pareils arguments pour en démontrer la faiblesse; il n'est pas nécessaire de les réfuter.

L'hérédité de la scrofule paraît plus marquée pour certaines formes; la scrofule maligne, ou même la scrofule commune bien caractérisée, sont presque toujours héréditaires. Il n'en est pas ainsi pour la scrofule bénigne (1).

Kortum (2) pense, contrairement à l'opinion vul-

---

(1) Kortum, p. 290.

(2) «Sexualem quoque influxum (ut nempe pueri prœpri-«mis scrofulosi fiant, si pater, puellæ, si mater quondam

gaire qui admet, le plus généralement, une sorte de croisement dans la transmission des maladies du père aux filles et de la mère aux fils, que pour la scrofule ce croisement n'existe pas.

On voit que l'hérédité a toujours été considérée comme une circonstance très-favorable au développement de la scrofule.

Mais cette vérité vient d'être, qu'il nous soit permis de le dire, singulièrement exagérée dans un ouvrage récent (1). Malgré toute l'estime qu'on doit à l'esprit judicieux de l'auteur, à ses travaux remarquables sur la scrofule, à la manière large et vraiment médicale dont il comprend l'existence de cette maladie (2), il est impossible d'accepter les asser-

---

«simili vitio laboravit) hic non plane nullum esse, variis «exemplis comprobatum vidi. Sic novi virum in infantia «crusta lactea detentum variorum liberorum genitorem ex «quibus pueri crusta lactea infestabantur omnes, puellæ «vero ne vestigium quidem hujus mali referebant; licet «puellarum aliquæ patri magis quam matri similes essent, «puerorum quidam vero contra. Etiam de ipsis scrofulis «talia exempla mihi innotuerunt. In plerisque tamen casibus «absque sexus discrimine ii infantes scrofulosi fiunt, qui «parenti quondam scrofuloso, pater sit, mater ve, similio- «res.» (Kortum, p. 289.)

(1) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, par M. Lugol.

(2) M. Lugol va même trop loin en rapportant à la scrofule des maladies qui ont une existence indépendante, telles que la phthisie ou diathèse tuberculeuse et le rachitisme.

tions suivantes : « L'hérédité est la cause générale des maladies scrofuleuses (1). Cette cause est *la seule que nous ayons pu reconnaître et constater*. Les études auxquelles nous nous sommes livrés sur les causes dites pathologiques et sur les causes extérieures occasionnelles, nous ont démontré qu'elles étaient *vaines et controuvées.* » (Avant-propos, p. 9.)

Pour montrer ce qu'il y a d'exagéré dans ce qui précède, nous ne rappellerons pas l'influence si bien reconnue par tous les médecins, si bien prouvée, de toutes ces causes dont nous avons parlé précédemment ou que nous avons encore à indiquer plus loin ; nous ne dirons rien des conditions hygiéniques, telles que la privation d'air, de lumière, l'habitation dans un lieu étroit, humide, l'entassement permanent d'un certain nombre de personnes dans un trop petit espace, une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, etc. etc.; nous en appellerons au témoignage de M. Lugol contre lui-même.

Demandons-lui ce qu'il entend par hérédité. Après avoir prouvé par un grand nombre de faits que la scrofule se transmet très-souvent des parents aux enfants, c'est-à-dire que des parents scrofuleux engendrent très-souvent une postérité scrofuleuse, ce que tout le monde admet depuis

---

(1) M. Lemasson-Delalande avait déjà dit : Il n'est point de scrofule acquise.

longtemps : *Nous passons*, dit-il, *à un autre ordre de causes héréditaires ; nous allons voir l'homme originairement bien constitué acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfants sous quelques-unes des formes de la scrofule ; en sorte qu'il devient l'origine, la souche d'une famille scrofuleuse qui commence à lui et qui accuse son imprévoyance. Ces états de santé sont tous ceux dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée ; ils peuvent se développer par suite de maladies accidentelles, par les progrès de l'âge ou par quelque autre cause physiologique.*

Ainsi des parents syphilitiques, ceux qui abusent des plaisirs vénériens, ceux qui se marient trop jeunes ou qui ne renoncent que trop tard au célibat, ceux dont l'âge disproportionné ou dont la force relative n'est pas à l'état normal des sexes, etc., ont tous cela de commun d'être dans des conditions défavorables à la reproduction de l'espèce et de n'avoir que la triste faculté d'engendrer des enfants scrofuleux. (P. 116.)

Tout ce que dit là M. Lugol est très-vrai et avait été signalé avant lui dans la plupart des traités sur la scrofule ; mais il en tire cette conclusion que la scrofule est toujours héréditaire, qu'elle l'est même dans ces dernières circonstances ; voilà qui est tout à fait nouveau.

Jusqu'ici, en effet, hérédité en médecine avait voulu dire transmission d'une même maladie des parents aux enfants ; mais selon l'honorable médecin dont nous parlons, l'hérédité doit s'entendre

aussi de la transmission des parents à leur postérité, de *certains états de santé*, lesquels se transforment en une maladie qu'on appelle la *scrofule*.

N'y a-t-il donc pas une langue en médecine? Et s'il y en a une, comme dans toute science, est-il permis d'altérer ainsi la signification des mots, de manière qu'il devienne impossible de s'entendre?

Ainsi, selon M. Lugol, la scrofule a deux manières d'être héréditaire: la première, c'est la manière commune, traditionnellement connue et acceptée de tous; la seconde, c'est un héritage, une dégénérescence de la santé des parents, affectés de syphilis, adonnés aux excès vénériens, trop jeunes ou trop âgés, dont l'âge est disproportionné, etc. (1).

Que M. Lugol nous permette d'appeler les choses par leur nom naturel et de ne pas faire de confusion. Nous admettrons avec lui, avec tous les médecins de bon sens, que la scrofule est très-souvent, le plus souvent, héréditaire; mais qu'elle est aussi, dans certains cas, acquise, et que c'est une condition très-favorable au développement de cette maladie que d'être né de parents dont la constitution était affaiblie par des privations ou des excès, qui ont été infectés de syphilis, qui ont engendré ou trop jeunes ou trop vieux, etc.

---

(1) M. Lugol signale avec raison le danger de ces unions ridicules et disproportionnées d'un jeune homme avec une femme âgée ou d'une jeune fille avec un vieillard.

Ainsi donc ce n'est que par un abus de langage que M. Lugol a pu dire que toute scrofule est toujours héréditaire (1).

Mais il va plus loin. Pour lui, comme nous l'avons dit au commencement de ce travail, il considère l'hérédité comme la cause prochaine et suffisante de la scrofule : « Il faut, en effet, dit-il, qu'il arrive de deux choses l'une, ou que la scrofule soit héréditaire, ou qu'elle soit un effet sans cause. » (P. 150.) Pourquoi donc? Nous ne voyons pas la nécessité de cette alternative et nous trouverions beaucoup plus juste de dire : De deux choses l'une, ou la scrofule est héréditaire ou elle est l'effet d'une autre cause que nous ne connaissons pas. Combien de maladies en sont là! Toutes même, à ce compte, sont des effets sans cause, car nous ne connaissons la cause prochaine, la raison suffisante d'aucunes d'entre elles. Nous ignorons la nature intime de toute chose, et les sciences dites *exactes*, renonçant à cette recherche vaine des explications, se bornent à étudier, à constater les lois qui régissent l'ensemble et la succession des phénomènes.

Est-il maintenant nécessaire de suivre M. Lugol dans les conséquences qu'il tire d'un principe faux,

---

(1) Il se contredit d'ailleurs lui-même en plusieurs endroits, et en particulier dans un passage où il cite des cas de scrofule transmise, selon lui, de la nourrice à l'enfant qu'elle allaite, et où l'hérédité n'est pour rien. (P. 210.)

telles que l'interdiction du mariage aux scrofuleux, moyen radical, mais peu pratique, de détruire la scrofule (1)? Nous aimons mieux le voir conseiller le croisement des races, la précaution d'unir des individus faibles ou scrofuleux à des sujets d'une constitution plus robuste; enfin, une réserve très-grande mais non absolue vis-à vis du mariage, dont il faut souvent craindre, sauf quelques circonstances où il paraît avoir une salutaire influence (2), de fâcheux effets tant pour les scrofuleux eux-mêmes que pour leur descendance (3).

Nous regrettons que M. Lugol, au lieu de proclamer à tort l'hérédité constante de la maladie qui nous occupe, n'ait pas étudié les lois suivant lesquelles se manifeste cette hérédité quand elle existe; comment la maladie se transmet le plus souvent, soit du père, soit de la mère (4), quel rôle jouent les

---

(1) Combien peu existe-t-il de familles, surtout dans nos grandes villes, où l'on ne trouve quelque membre entaché de scrofule. Vouloir détruire la scrofule par l'interdiction du mariage à ceux qui en sont atteints serait vouloir détruire l'espèce.

(2) Quelquefois il développe et fortifie, surtout les jeunes filles.

(3) Il y a d'excellentes choses d'ailleurs dans ce livre, dont nous recommandons vivement la lecture.

(4) Il se borne à signaler l'influence héréditaire du père comme la plus marquée, et à dire que la scrofule ne saute pas une génération, ce qui pourrait être contesté, et ce qui contredit l'opinion de Boerhaave et de Van Swieten.

rapports du sexe des enfants à celui des parents, et la ressemblance qu'ils ont avec ces derniers, etc. etc.

Contagion. — Plusieurs auteurs ont pensé que les *scrofules malignes* (écrouelles) étaient contagieuses. Cette opinion même fut longtemps accréditée; on peut en juger par la réponse de la Faculté de médecine à la question posée par le Parlement, en 1578, et rapportée par Dulaurens (Andr. Laurent). Cette croyance était une conséquence de l'opinion qui admettait comme cause de la scrofule un virus particulier, ayant de l'analogie avec le virus vénérien (1).

Mais il n'est personne qui aujourd'hui admette la contagion des scrofules; l'expérience journalière et universelle en a fait bonne justice, il n'est même pas nécessaire de citer des autorités en faveur de cette manière de voir (2).

---

(1) Laurentius, *de Mira strumarum curatione,* liv. 2, ch. 2.
Hildanus, cent. 2, observ. 78.
Tulpius, observ. 54, cap. 8.
Bierchen.
Bordeu, *Dissert. sur les écrouelles.*
Charmetton, *Prix de l'Acad. de chir.,* l. c., p. 174.
Ackermann, *Dissert. de scrof. natur.,* p. 11.
Selle, *Méd. cl.,* p. 227.
M. Lugol admet la contagion dans quelques cas rares.

(2) Si on y tenait absolument, nous pourrions citer entre autres :
Cullen, *Méd. prat.,* t. 2;

D'ailleurs, des expériences ont été tentées, qui ont démontré définitivement la non-contagion des écrouelles. Il est des médecins qui ont eu le triste courage de chercher à inoculer la scrofule à des enfants, mais heureusement leur expérimentation n'a amené aucun résultat fâcheux (1); d'autres mé-

---

White, l. c., p. 14;
Diel, ap. White, p. 101;
Goursaud, *Prix de l'Acad. de chir.*, p. 297;
Faure, idem., p. 36;
Baudelocque;
Alibert;
Pinel;
Richerand.

(1) Il est pénible de citer Kortum, l'auteur consciencieux d'un si remarquable traité sur les scrofules. Il est vrai, comme il le dit lui-même, qu'il était convaincu de l'innocuité de l'expérience et qu'il n'inocula que du pus provenant de *scrofules bénignes*.

«Neque materies ex ulceribus scrofulosis benignis ef-«fluem contagiosam vim habet, id quod ex nonnullis a me «institutis tentaminibus apparet. Quippe materiem ex tali-«bus ulceribus desumptam puello sano ad latus colli inte-«gre cute inferiori, alii vero puero cuticula exiguo vulnus-«culo, velut in variolarum insi«tione fieri solet, disrupta, «itidem in superiori colli regione, nempe infra et pone processum mastoïdum, applicavi, — et ne ullam quidem inde «observare potui morbi communicationem. Nemo dicat au-«dacula hæcce tentamina, cum firmissimis, indubitatisque «rationibus essem persuasus nullum inde damnum pueris «subnasci posse.»

decins ont fait ces tentatives sur eux-mêmes et la maladie ne s'est point transmise (1).

On a dit que la scrofule pouvait se communiquer par la vaccine, mais indépendamment des expériences directes que nous avons rapportées (voy. les notes), et dans lesquelles la contagion n'a pas eu lieu, l'opinion qui admet cette cause n'a aucune base certaine. On a cité des faits de scrofules développées à la suite de vaccination (2). Mais est-il rien de moins concluant que ces faits? Est-ce que la scrofule ne se développe pas souvent sous l'influence occasionnelle d'une maladie antécédente, de la variole, etc? Est-ce qu'il y a aussi contagion dans ce cas?

On a encore invoqué un autre mode de conta-

M. Lepelletier cite, sans le nommer, un médecin qui, chargé de vacciner plusieurs enfants, inocula en même temps une certaine quantité de pus écrouelleux, sans qu'il survînt par la suite aucune affection scrofuleuse.

(1) M. Lepelletier lui-même a cherché à s'inoculer plusieurs fois la scrofule sans y parvenir.

M. Goodlad a répété aussi sur lui-même ces expériences, mais elles ont toujours eu le même résultat négatif.

(2) Cas d'un jeune homme chez qui, à la suite de l'inoculation de la variole, des symptômes de scrofules se sont déclarés.

Rowlay, cité par Kortum (t. 1, p. 217). Ce dernier ne craint pas de dire : «Scrofulas cum variolis propagari pone, «cum Whitio negare haud dubito. Qui illud comprobare «videntur casus alia ratione explicandi sunt.»

gion. « Il est assez ordinaire, dit Bordeu, de voir que les nourrices écrouelleuses communiquent leur mal à leur nourrisson. » Pour des médecins qui admettaient un virus scrofuleux infectant les liquides et les solides du corps, il était impossible de ne pas admettre la transmission directe du mal par le lait d'une nourrice. Cependant les faits sur lesquels pouvait s'appuyer une pareille opinion sont loin d'être concluants. En effet, ou bien la nourrice est la mère de l'enfant, et alors il est tout à fait impossible, comme dit M. Baudelocque (1), de reconnaître ce qui appartient à l'hérédité et ce qui appartient à l'allaitement, ou bien c'est une nourrice étrangère; dequel droit admettrait-on alors plutôt la contagion qu'un simple rapport de coïncidence entre la maladie de l'enfant et celle de la nourrice, ou même qu'une certaine influence exercée par l'état de cette dernière sur la santé de son nourrisson, qu'une cause occasionnelle, qu'une condition favorable au développement de la maladie (2), analogue à l'influence d'une mauvaise nourriture? Ce qui, soit dit en passant, suffit bien pour déterminer à ne jamais prendre de nourrice affectée de scrofule, quoique la contagion ne soit pas à craindre.

---

(1) L. c., p. 32.

(2) « Faure neque infantem lactantem a nutrice neque hanc « ab illo infici perhibet. » (*Prix de l'Acad. de chir.*, p. 297.)

« White negat a nutrice communicari posse scrofulas. » (Ap. Kortum.)

Autres causes occasionnelles ou prédisposantes. — Nous allons maintenant passer rapidement en revue les autres causes occasionnelles ou prédisposantes de la scrofule.

On a noté, nous en avons déjà dit un mot, la trop grande jeunesse ou l'âge trop peu avancé des parents, leur épuisement provenant de l'habitude honteuse de la masturbation ou des excès vénériens; leurs maladies, surtout la syphilis, leur état valétudinaire provenant de quelque cause que ce soit (1).

Ingesta. — On peut joindre à ces causes prédisposantes toute alimentation capable d'affaiblir, de détériorer la constitution : par exemple, le mauvais lait d'une nourrice, une alimentation exclusivement végétale. Kortum se plaint de cette habitude, qu'ont les gens d'une condition élevée, de nourrir exclusivement leurs enfants jusqu'à l'âge de cinq, sept ans, de végétaux, de pain, de lait, de légumes (2). Il

---

(1) M. Baudelocque prétend avec raison que ces causes, ainsi que la plupart de celles dont il va être question, n'ont point une action évidente, incontestable, spécifique; personne ne lui contestera cette vérité. Ce ne sont là, nous ne saurions trop le répéter, que des occasions, que des conditions de développement pour la maladie.

(2) «Aliquoties vero jam talibus parentibus diætam hanc «infantilem maxime erga me gloriantibus in infantum cor-«poribus abdomen tumidum et initia cachexiæ scrofulosæ

est à remarquer que c'est précisément les aliments de cette nature qui constituent la nourriture des pauvres, et que la plupart des scrofuleux appartiennent aux classes les plus nécessiteuses.

Cette alimentation est aussi celle des gens de la campagne; il est vrai que beaucoup d'autres causes, telles que l'air, l'exercice, doivent avantageusement contrebalancer celle-là. Cependant Dionis (1) dit que plus des trois quarts des scrofuleux qui se présentaient aux rois de France étaient des paysans. Mais on sait combien plus la scrofule est fréquente dans les villes populeuses; il est vrai que dans les grandes villes beaucoup d'autres conditions favorables au développement des scrofules viennent se joindre à la mauvaise alimentation. Parmi les aliments propres à contribuer au développement de cette maladie, on a particulièrement signalé le pain mal fermenté, les aliments farineux (2), le lait en trop grande quantité, les eaux de mauvaise qualité, les boissons chaudes, les mauvais vins, les liqueurs spiritueuses données aux enfants, les fruits

---

«ostendi, adeoque illos non perfecte, uti parentes existi-«mabant, sanos esse monstravi.»

Kortum, t. 1, p. 300. — Vogel, *Prælect.*, p. 534, est du même avis, ainsi que beaucoup d'autres.

(1) Dionis, *Cours des opér. de chir.*, p. 641.

(2) Haller, *Éléments de physiologie*, t. 1, p. 193, pense que l'usage excessif des pommes de terre est une cause *mesenterii obstructionum*. Mais il ajoute : *cum inerti vita conjunctum.*

crus, acides, amers, et toutes les substances qui présentent ces caractères.

Il faut convenir que l'on a exagéré un peu l'influence de ces aliments. On comprend combien ces causes pouvaient avoir d'importance lorsqu'on attribuait la maladie à une acidité du sang, à un épaississement de la lymphe. Un chyle mal élaboré, vicieux, acide, épais, visqueux, participant nécessairement aux qualités des aliments qui le formaient, devait fixer toute l'attention des médecins (1).

Il est inutile de faire le détail de cette multitude d'aliments et de boissons réputés causes de scrofule (2), et dont chaque auteur, suivant sa théorie humorale, faisait un choix, dont il défendait ou recommandait l'usage.

« L'eau (3) qui provenait de la fonte des neiges

---

(1) « Gaubius (§ 326) ait : Chylus austerus generatur ex «ingestis similibus immaturis, acerbis, vinis austeris, ab«usu absorbentium, adstringentium, coagulantium, maxime «sicubi copioso liquore non diluuntur, inque debili corpore «nec vi saponacea bilis, nec valido motu animali tenuan«tur. » Ces aliments crus et de mauvaise digestion fournissent un chyle mal élaboré. Ce chyle ne saurait être vicié sans que le sang ne le fût aussi; la lymphe qui en émane doit par conséquent avoir le même caractère. (Goursaud.)

(2) Bouillies épaisses, châtaignes, pommes de terre, gâteaux mal levés, sucreries, fèves, pois, lentilles, beurre, fromage, etc. (Voy. Baudel., l. c., p. 72; Kortum, etc.)

(3) Nous renvoyons au remarquable ouvrage de M. Baudelocque, pour plus amples détails sur l'influence des ali-

était réputée malsaine. On connaît cependant la belle santé dont jouissent les habitants des montagnes, qui n'ont d'autre eau que celle qui découle des glaciers... Il faut chercher une autre cause aux écrouelles qui désolent les habitants des vallées et des plaines. Bordeu a vu la maladie scrofuleuse très-commune dans des villages qui ne sont séparés que par un torrent d'autres villages où les écrouelles sont fort rares. Les habitants des deux rives se nourrissent de même, boivent de la même eau, qui pour l'ordinaire est celle du torrent mitoyen. » (M. Baudelocque.)

Il est incontestable qu'une alimentation exclusivement tirée des végétaux (1) est une condition favorable au développement de la scrofule, et qu'une nourriture animale doit à juste titre faire partie du traitement de cette maladie; mais il faut toujours se rappeler le rôle secondaire des causes occasionnelles, et combien leur influence varie suivant qu'elles se combinent avec d'autres influences opposées ou semblables.

Néanmoins, quoiqu'il soit vrai que presque tous

---

ments et des boissons, et en particulier des eaux séléniteuses chargées de sels calcaires, etc.

(1) C'est le contraire pour le rachitisme, dont le développement est souvent dû, chez les petits enfants, à une alimentation animale trop succulente, trop variée et qui n'est pas en rapport avec leur âge.

les aliments ont été accusés de produire la scrofule, il faut reconnaître qu'il n'y a que très-peu d'auteurs, si même il en est, qui aient attribué cette fâcheuse influence à l'usage d'une nourriture animale.

« Ipsas carnes quidem inter causas scrofularum « procatarcticas vix referri posse censeo, » dit Kortum. Ce n'est, en effet, que par leur usage trop hâtif, chez de très-jeunes enfants (1), que par leur mauvaise qualité ou la trop grande quantité, qu'elles peuvent nuire, de l'avis de tous les auteurs.

Il est encore quelques médicaments et quelques substances à l'action desquels on a attribué le développement de la scrofule : tels sont les purgatifs répétés chez les enfants (2), l'usage des terres absorbantes, du mercure (3).

Mais pour ces dernières substances, l'influence qu'on leur a attribuée n'est nullement prouvée ; pour le mercure surtout, il y a une cause d'erreur. A la suite de l'usage des médicaments, on observe, dit-on, des affections prétendues scrofuleuses ; mais il est à remarquer que certaines affections qui surviennent dans le cours de la syphilis, c'est-à-dire

---

(1) P. 311, t. 1.

(2) Hoffmann, *Suppl. ad. med syst.*, p. 54.

(3) Sydenham, Hoffmann et Galien, cités par Kortum, p. 315, t. 1.

J. Hunter, Lombard, Vigaroux, S. Cooper, cités par M. Baudelocque, p. 94.

chez des gens qui ont été longtemps traités par le mercure et qu'on a cru guéris, ressemblent beaucoup aux affections scrofuleuses, de sorte qu'on peut commettre une double erreur, en prenant pour scrofuleuse une affection syphilitique et en l'attribuant à l'usage du mercure.

On a cru trouver la même action dans les préparations de plomb, les vins frelatés avec la litharge (1), avec l'alun (2), etc.

Circumfusa. — Il n'y a peut-être pas de condition plus favorable au développement de la maladie qui nous occupe, que le concours des circonstances suivantes : réunion de plusieurs individus dans un même lieu, dans la même habitation, respirant un air malsain, vicié, n'ayant qu'une mauvaise nourriture, vivant dans la malpropreté et renfermés dans un lieu bas, humide et mal éclairé (3).

Telles sont les conditions dans lesquelles se trouve presque toute la population dans certaines contrées encore sauvages, telles que la plupart des îles de l'Océanie, où la scrofule est endémique (4);

---

(1) Schultze, *Dissert. de atrophia ;* Hal., 1735.
Burserius, v. 1, p. 392.
Thunberg.

(2) Clossius, ap. Kæmpf, p. 63.

(3) Voy. Faure, *Prix de l'Acad. de chir.,* vol. 3, p. 31, et beaucoup d'autres auteurs.

(4) Consulter les rapports des voyageurs et des missionnaires de ces contrées.

telles sont encore les conditions dans lesquelles se trouvent les habitants de quelques pays, qui, entassés dans des demeures étroites, partagent souvent le peu d'air et d'espace dont ils jouissent avec un certain nombre d'animaux domestiques.

On a considéré comme cause de la scrofule chacune de ces circonstances en particulier, au lieu d'en signaler surtout le concours comme très-dangereux.

Ainsi on a attribué à la température une influence qu'elle ne paraît pas avoir. Le froid humide a été regardé comme cause prédisposante. Mais qui ne sait que la scrofule est extrêmement répandue en Espagne?

Il est vrai qu'elle l'est aussi en Angleterre et en France : ce qui prouve ainsi qu'elle se développe dans des températures et dans des climats divers. Ces climats, il faut en convenir, appartiennent à la zone tempérée. Selon la remarque de White, cette maladie est très-rare : « Tum in fervidis, tum in ge-« lidis regionibus » (1).

La malpropreté a été désignée aussi en particulier comme une cause suffisante et déterminante de la scrofule. On a attribué la scrofule des Espagnols à leur saleté; mais en Hollande, où règne une propreté proverbiale, rien n'est plus commun que les affections scrofuleuses, et rien n'est plus rare à Palerme,

---

(1) White, loc. c., p. 19.

en Sicile (1), où le peuple est d'une malpropreté reconnue.

On en pourrait dire autant pour l'humidité, le manque de lumière, etc. C'est donc plutôt le concours de ces circonstances que l'action séparée de l'une d'elles dont il faut tenir compte, et encore la scrofule peut-elle bien attaquer des sujets qui n'ont jamais été soumis à l'action simultanée de ces prétendues causes : témoins ces enfants scrofuleux qui appartiennent à la classe la plus élevée de la société.

C'est ici le lieu de faire remarquer que M. Baudelocque, dans son traité si consciencieux des scrofules, s'est exagéré l'influence d'un air altéré et non suffisamment renouvelé; il en a fait une cause unique, spécifique, constante (2), qui jusqu'à lui avait été méconnue.

« Le développement des écrouelles, dit il, est constamment précédé par le séjour plus ou moins continuel, plus ou moins prolongé, dans un air qui n'est pas suffisamment renouvelé. Cette cause est *la seule* que l'on rencontre *toujours,* soit isolée, soit réunie à des causes dont l'action est très-secondaire. »

M. Baudelocque a employé toutes les ressources d'un esprit distingué et d'une remarquable érudition à montrer l'impuissance de chacune des causes occasionnelles de la scrofule, prise isolément, et

---

(1) Voy. Baudelocque, p. 104.

(2) P. 123.

cela au profit de celle qu'il avait adoptée; malheureusement pour cette cause privilégiée, il serait facile de faire pour elle ce qu'il a fait pour les autres. En effet, tout en admettant, avec M. Baudelocque, que l'altération de l'air est une condition très-favorable au développement des scrofules, que cette circonstance se rencontre très-fréquemment, il est impossible de convenir avec lui que ce soit là une cause constante et suffisante. On en est convaincu quand on le voit rapporter à cette cause *unique* la scrofule qui survient dans les circonstances les plus opposées, chez les pauvres privés d'air, de lumière, renfermés dans des lieux obscurs et malsains, aussi bien chez les enfants des riches qui sont ordinairement dans des conditions toutes contraires. Comment donc M. Baudelocque peut-il d'ailleurs attacher une influence aussi exclusive à la respiration d'un air vicié, quand cette cause est presque toujours confondue avec d'autres non moins actives; enfin, n'en voit-il pas lui-même l'insuffisance quand il est obligé d'admettre qu'à la rigueur il suffit d'y être soumis pendant quelques heures du jour ou de la nuit.

Secreta et excreta. — La suppression de la transpiration par l'action du froid a été à juste titre notée comme cause occasionnelle de scrofule. Il en est de même de la suppression des règles ou de leur cessation, etc. L'opinion de certains auteurs (War-

thon (1), Faure) sur les dangers de la rétention du sperme et de la continence, comme cause de scrofule, mérite d'être flétrie plutôt que réfutée.

Gesta et percepta. — Pour terminer cette longue liste des conditions favorables au développement de la scrofule, n'oublions pas l'influence des passions tristes, des chagrins prolongés, de la crainte, de la tristesse, celle d'une vie sédentaire, du manque d'exercice, du séjour prolongé au lit, etc. etc.

— Enfin on voit parfois survenir la scrofule, ou quelque affection scrofuleuse, sous l'influence d'autres causes occasionnelles, par exemple, une contusion, une entorse, une peur violente, ou bien à la suite de certaines maladies, et principalement de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la syphilis, etc.; ce sont ces dernières causes occasionnelles qu'on a désignées sous le nom de causes pathologiques, et qui ont fait croire, si à tort, que quelques maladies pouvaient dégénérer en scrofule.

— Nous ne terminerons pas cette énumération sans rappeler qu'aucune de ces causes ne saurait expliquer la scrofule, qu'aucune ne pourrait en

---

(1) *Adénograph.*, p. 247.
Prix de l'Acad. de chir., t. 3, p. 34.
Bordeu, qui a eu le tort de répéter cette opinion, la modifie un peu.

donner la raison; qu'elles ne doivent être considérées, en un mot, que comme de simples conditions de développement ou comme causes prédisposantes, et qu'elles ont d'autant plus d'influence que plusieurs d'entre elles sont réunies.

NATURE DE LA SCROFULE.

Toute question de nature, en médecine, est une question mixte. Par la nature d'une maladie, on ne peut entendre que deux choses, ou la *cause prochaine* de cette maladie, ou l'*ordre nosologique* auquel elle appartient. Il y a donc dans toute question de nature une question d'étiologie et une question de classification. Il s'en joint une troisième quand l'existence de la maladie a été mise en doute.

I. *Hypothèses émises sur la cause prochaine de la scrofule.*

Nous allons donc commencer par passer en revue les principales opinions qui ont été émises sur la cause prochaine de la scrofule, et les explications qui en ont été données. Mais comme ces nombreuses tentatives, qui remplissent des livres entiers, qui ont soulevé tant de débats inutiles, qui ont si longtemps nui à la description et à l'étude légitime de cette maladie, sont toutes restées infructueuses, nous ne leur consacrerons que très-peu de place et de temps.

Les écrouelles, suivant Hippocrate (1), sont dues à une *fluxion pituiteuse et froide : Ex pituitosa et lenta fluxione strumæ generantur.* Galien (2) dit absolument la même chose et de la même manière : *Non ex calida materia sed ex pituitosiore et frigidiore stru-*

(1) *De Glandulis*, chap. 3.

(2) *Comment. ad aph. Hipp.*, 3, 26.

mas constare. Cette matière trop abondante est rejetée par les parties fortes sur les parties faibles. Paul d'Égine et Aetius croient aussi à l'influence *de la pituite*, mais *mélangée à l'humeur mélancolique*. Ces premières opinions furent pendant très-longtemps acceptées sans contrôle ou tout au plus légèrement modifiées ; nous les retrouvons dans les modernes. A. Vésale pense que l'humeur scrofuleuse est *froide et mélancolique*. Fallope propage cette opinion. A. Paré l'adopte en signalant la transformation de la pituite, qui devient *grasse, gypseuse, gluante*. M.-A. Séverin reconnaît pour cause aux écrouelles une *pituite limoneuse;* Duret, une *pituite putride et salée;* Donatus, une *humeur froide et grossière*, etc. etc.

Plus tard la lymphe remplaça la pituite ; on attribua la scrofule à l'*épaisseur*, à la *viscosité*, à l'*âcreté*, à l'*acidité* de la lymphe (voy. Ettmuller, Bordeu, Charmetton, Peyrilhe, Pujol, Kortum, Hufeland, etc. etc.). Enfin, on alla jusqu'à préciser la nature particulière de cette altération de la lymphe, en l'attribuant à la présence de l'*acide phosphorique* (Baumes).

Il est vraiment inutile de rappeler toutes ces hypothèses variées à l'infini sur l'existence d'un virus, d'une matière *peccante*, d'une *fermentation* des humeurs, d'une *acrimonie* particulière des liquides, inconnue quant à ses caractères, mais admise de confiance.

Nous ne croyons certes pas nécessaire de cher-

cher à réfuter ces théories (1) abandonnées, sans démonstration possible, contre lesquelles l'expérience et le raisonnement deviennent inutiles, et dont le bon sens médical a fait depuis longtemps justice. Il est inutile de reproduire et de corroborer les arguments qu'ont employés pour les combattre Van Helmont, ce redoutable ennemi des *deliria humorum*, Broussais et d'autres médecins d'un mérite éminent.

Cependant, il existe de nos jours une tendance à faire retour vers l'humorisme, et à voir la cause prochaine des maladies dans certaines altérations du sang. Pour quelques médecins, la scrofule pourrait bien dépendre non pas d'une modification de la lymphe, mais d'une modification du fluide sanguin. Nous lisons dans le *Traité de nosographie médicale*, de M. le professeur Bouillaud, t. 5, p. 96 : « Il y a, dans la constitution scrofuleuse, une altération intime, chimique, du liquide si compliqué qui fournit à toute l'économie les matériaux de son développement et de sa nutrition, du sang, en un mot, altération primitive, fondamentale et réellement spéciale. »

---

(1) Pas plus que celles de Willis, de Gamet, etc., qui placent la cause des écrouelles dans une altération du fluide nerveux ; pas plus que celle de Warthon, qui attribuait la maladie à la rétention du sperme.

On aurait trop à faire s'il fallait non pas réfuter, mais rapporter seulement toutes les rêveries qui ont été émises sur ce sujet.

M. Bouillaud ajoute « qu'il serait à souhaiter que de nouvelles recherches, faites avec tout le soin nécessaire, nous apprissent ce qu'il faut définitivement penser de la doctrine d'après laquelle un excès d'acide (*phosphorique* ou autre) existerait dans les humeurs, et notamment dans le sang des scrofuleux; il est une particularité qui porterait à croire que cette doctrine n'est pas dénuée de toute probabilité, *je veux dire la présence d'une quantité notable de sucre* chez un assez bon nombre de sujets considérés comme scrofuleux. *Cette particularité ne serait toutefois favorable* à la doctrine dont il s'agit que si, comme quelques auteurs l'enseignent aujourd'hui, l'excès d'acidité du sang constituait la véritab'e cause de la présence du sucre dans les urines. »

Sans en dire plus pour le moment, ne pouvons-nous pas déjà nous étonner de voir le singulier contraste qui existe entre le premier passage où M. Bouillaud affirme l'existence d'une *altération intime du sang*, et le second où il désire de *nouvelles recherches* et où il n'invoque que des probabilités.

C'est, en effet, ici le lieu de dire combien peu de notions exactes nous possédons sur les altérations du sang et des liquides chez les scrofuleux. Nous en sommes encore à peu près au même point où on en était à la fin du dernier siècle. On trouve dans Kortum (1) que le sang des scrofuleux a peu

(1) T. 1, p. 146.

de tendance à se coaguler, qu'il est peu épais, aqueux. M. Andral ne dit presque rien sur ce point dans ses intéressantes recherches; il signale cependant (1) dans quelques observations faites chez des *tuberculeux* (étaient-ils scrofuleux?) une diminution notable des globules, ce qui confirme ce qu'on savait depuis longtemps sur la *pauvreté* du sang des scrofuleux. Quelques recherches de M. Dubois (d'Amiens) lui ont fait également constater que le sang fournissait des caillots d'un très-petit volume, relativement à la quantité de sérum dans lequel ils nageaient. Ce sang se coagulait lentement, le caillot était sans consistance, le principe aqueux dominait. Examiné au microscope, ce sang lui a présenté les particularités suivantes : déformation des globules lenticulaires, proportion plus grande du fluide aqueux dans le sérum, peu d'adhérence de la matière colorante avec les globules (2).

---

(1) *Hématologie.*

(2) Quant à l'urine, tantôt, dit Kortum, t. 1, p. 133, elle ne diffère pas de ce qu'elle est à l'état normal; tantôt elle présente un sédiment blanc, comme farineux ou sablonneux; d'autres fois elle est très-claire et d'une teinte verte. M. Becquerel distingue l'urine des scrofuleux arrivés à la cachexie de celle de ces malades qui ne sont pas encore parvenus à ce fâcheux état aux caractères suivants: L'urine des premiers se rapproche beaucoup de celle des *anémiques*, elle est très-aqueuse; sa pesanteur spécifique est diminuée; elle contient un peu d'albumine. Celle des seconds est en

Maintenant, nous le demandons, peut-on sur des notions aussi vagues établir que la scrofule dépend d'une *altération intime, chimique,* du sang?

Nous nous croyons en droit d'opposer à toutes les explications de cette nature les objections suivantes (1) :

1° Il n'est pas démontré qu'il existe une altération spéciale du sang chez les scrofuleux; cette altération ne saurait être invoquée avant d'avoir été constatée, analysée, nettement définie.

2° Supposé l'existence de cette altération, il faudrait qu'elle fût constante, et que tous ceux qui la présenteraient fussent scrofuleux, pour qu'il ne fût pas déraisonnable de chercher à lui faire jouer le rôle de cause.

3° Enfin, toutes ces conditions fussent-elles réunies, on ne serait pas plus en droit de voir dans cette altération *la cause* de la maladie, qu'un effet, qu'une lésion symptomatique, qu'un caractère de cette maladie (2).

Ce raisonnement s'applique également aux expli-

---

quantité moindre, plus pesante, plus colorée, plus acide, déposant assez fréquemment des sédiments d'acide urique.

(1) Elles peuvent s'appliquer à toutes les maladies. Voy. l'usage qu'en fait M. le docteur Bouley, dans sa thèse inaugurale sur la nature de la goutte.

(2) Hunter a dit : Il n'est pas facile de s'expliquer pourquoi l'on a considéré les altérations du sang comme la cause de toutes les maladies. Peut-être cette idée est-elle née de l'examen des qualités morbides que présente ce

cations des solidistes, dont nous n'avons pas parlé dans l'ordre chronologique, pour suivre le développement de doctrines analogues et l'enchaînement naturel des idées. Sœmmering, en attribuant la scrofule *au relâchement et à la dilatation passive des vaisseaux absorbants;* Cabanis, en disant que les *bouches absorbantes ont acquis chez les scrofuleux un surcroît d'activité, tandis que les ganglions et les vaisseaux lymphatiques sont dans l'atonie;* Richerand, en soutenant que la maladie qui nous occupe n'est qu'*une exagération du tempérament lymphatique avec faiblesse du système;* Broussais, en réduisant tout à *une irritation des vaisseaux blancs;* M. Lepelletier (de la Sarthe), en admettant *une disposition particulière de tous les solides, d'où résulte un défaut d'élaboration vitale, un véritable étiolement;* tous ces auteurs n'ont pas fait autre chose que d'émettre des théories arbitraires, sans démonstration, souvent contradictoires, et qui d'ailleurs, supposé qu'elles eussent quelque fondement, pourraient toujours être aussi bien considérées comme s'appliquant à des effets qu'à la cause de la maladie dont elles sont censées donner l'explication.

Nous ne dirons rien de ce que certains médecins

---

liquide après la saignée; mais cet état du sang est toujours un *symptôme secondaire.*

M. Andral lui-même, frappé de cette vérité, ne voit dans les altérations du sang que des *symptômes*, que des *caractères distinctifs.*

ont appelé le *génie scrofuleux*. C'est encore là une de ces causes occultes qu'une discussion sérieuse ne doit pas aborder.

Quant à cette opinion qui consiste à considérer la scrofule comme un produit dégénéré de la syphilis, elle est généralement abandonnée. On peut réduire aujourd'hui cette fameuse question si longtemps agitée aux propositions suivantes : 1° que les parents infectés de syphilis engendrent très-souvent des enfants prédisposés à la scrofule; 2° qu'un individu prédisposé à la scrofule, ou présentant déjà quelque affection scrofuleuse, verra son état s'aggraver sous l'influence de la syphilis ; 3° la syphilis qui se développe chez les scrofuleux est ordinairement plus grave et plus rebelle que chez d'autres sujets. On voit qu'il n'y a plus là que des questions de prédisposition, de complication, mais non de cause prochaine.

Nous avons déjà, dans le chapitre précédent, combattu l'opinion de M. Baudelocque, qui reconnaît pour cause extérieure, unique, de la scrofule la respiration d'un air altéré. Il nous reste à dire un mot de la *viciation consécutive de l'hématose*, à laquelle il rapporte comme à sa cause prochaine la maladie dont nous nous occupons. Nous nous bornerons aux questions suivantes : Cette viciation de l'hématose est-elle constatée, définie? Est-elle constante et ne la rencontre-t-on que chez les scrofuleux? Enfin, a-t-on prouvé qu'elle était primitive et non pas secondaire?

Il a été question plus haut (1) également de l'hérédité invoquée comme cause unique par M. Lugol. Mais M. Lugol va plus loin, et nous devons le suivre. *Qu'est-ce que le vice scrofuleux ?* dit-il. *Nous ne répondrons pas à la question ainsi posée, parce qu'elle est insoluble.* (M. Lugol a bien raison.) *Nous pouvons seulement affirmer que l'existence de ce vice, quel qu'il soit, est congéniale* (on sait que cette assertion n'est pas fondée, puisqu'il y a des scrofules acquises) (2), *et qu'elle est toujours révélée par le développement de tubercules. Cette production est, en effet, la scrofule elle-même, son signe anatomique, pathognomonique, celui-là seul qui la caractérise et qui donne de la valeur à tous les autres symptômes.*

Est-il besoin de faire remarquer combien ces idées sont en contradiction avec les faits et avec les principes fondamentaux de la médecine? *Le tubercule est la scrofule elle-même,* c'est-à-dire la lésion est la même chose que la maladie, la partie est égale au tout! l'effet est la même chose que la cause! Le tubercule est le signe *pathognomonique de la scrofule,* et tout le monde sait, nous avons prouvé nous-même, qu'il est des scrofuleux qui n'ont jamais présenté trace de tubercules pendant toute leur maladie.

« En d'autres termes, continue M. Lugol, qu'un

---

(1) Voy. au chapitre précédent.

(2) C'est-à-dire accidentellement développées.

malade soit affecté de tubercules, n'importe leur siége, pour nous il est scrofuleux; qu'un malade ait une ophthalmie, une leucorrhée, des ulcères cutanés, des abcès froids, des caries, des tumeurs blanches, etc., la nature de toutes ces maladies ne peut plus être mise en doute : elles sont scrofuleuses quand il a existé des tubercules. » Et quand il n'existe pas ou qu'il n'a pas existé de tubercules, ces affections ne sont donc pas scrofuleuses ? M. Lugol a prévu l'objection, et il ajoute qu'il suffit qu'il y ait eu des tubercules dans *la famille* du malade. Mais il nous semble que si *le tubercule est la scrofule elle-même*, il doit se trouver chez tous les individus scrofuleux.

« Pour nous, ajoute le même auteur, le tubercule est de *même origine* et reconnaît le *même mode de formation* que tous les organes. (Plus de distinction entre la santé et la maladie, l'ordre physiologique et l'ordre pathologique !) Il est lui-même une sorte d'organe qui a sa vie particulière, *comme le foie et la rate* ont la leur propre... C'est une production pathologique *qui modifie profondément* tous les éléments organiques et par suite leurs fonctions, et qui imprime aux sujets qu'elle affecte une complexion particulière, qui n'est autre que la complexion tuberculeuse, *complexion originaire ;* c'est de là *que dérivent ensuite les tubercules* qui peuvent envahir tous les tissus, et un nombre infini de maladies improprement appelées scrofuleuses. »

De telle sorte que le tubercule est *la cause* de la

complexion originaire appelée tuberculeuse, laquelle, à son tour, est *la cause* de tubercules!

Il nous est pénible de faire voir jusqu'où peut être entraîné un médecin distingué, auquel nous avons rendu ailleurs la justice qu'il mérite, par le désir d'expliquer la nature intime d'une maladie,

N'est-ce donc pas assez, en effet, de cet amas d'hypothèses qui encombrent notre science, qui ont tant nui à son développement légitime et régulier, qui lui ont ôté de sa considération, et qui lui ont fait refuser le titre de science exacte, dont elle est cependant tout aussi digne qu'une autre?

Toute tentative pour trouver la cause prochaine, la nature intime d'une maladie, est une tentative nécessairement vaine; c'est une recherche qui n'est pas scientifique. Il ne nous est pas donné de connaître la cause prochaine, la nature intime de quoi que ce soit. « Ne nous aheurtons pas, dit Bordeu, à courir après les premières causes que nous ne connaîtrons vraisemblablement jamais. » Les sciences dites exactes se bornent à étudier les lois suivant lesquelles se passent les phénomènes. On ne cherche pas la nature intime de l'électricité, de l'affinité, de la pesanteur; c'est ce que nous devons faire en médecine. Il est un certain nombre d'états particuliers du corps humain, de manières particulières d'être malade, un certain nombre d'espèces morbides, de maladies distinctes, essentielles. Chaque maladie a une marche, des symptômes, des lésions, une terminaison, qui lui sont propres et qui

font qu'on la reconnaît dans tous les âges et dans tous les pays. Nous devons étudier chaque maladie en elle-même, comme un ensemble de phénomènes variables en quelques points, mais constants dans ce qu'ils ont de fondamental. C'est ce qu'on doit faire pour la scrofule en particulier; c'est ce que nous croyons avoir fait, et nous nous en tenons là.

II. *Peut-on nier que la scrofule soit une maladie?*

Avant de passer à la question de classification, avant de chercher à quelle classe de maladies on doit rapporter la scrofule, il faut rappeler les caractères qui établissent son existence et montrer combien sont peu fondés les doutes et les négations qu'on a émis à ce propos.

Admise de tout temps, ainsi que nous l'avons vu au commencement de ce travail (1), l'existence de la scrofule n'avait jamais été attaquée; mais l'idée qu'on avait de cette maladie était un peu confuse (2), son unité n'était pas médicalement établie; elle constituait moins une seule et unique espèce morbide qu'une foule de maladies qu'on rattachait à un principe commun, sur la nature intime duquel les hypothèses les plus bizarres et les plus invraisemblables étaient émises. Les recherches sur la cause prochaine, les explications, avaient fini par

(1) Voy. l'*Historique*.

(2) Nous pourrions bien dire qu'il en est encore à peu près de même aujourd'hui.

remplacer presque entièrement la description de la maladie. Les choses en étaient là lorsque Broussais parut. Il démontra la fausseté de toutes ces théories. Les hypothèses renversées, Broussais crut avoir tout détruit; il nia l'existence de la scrofule comme maladie : ce ne fut plus à ses yeux qu'une entité, un groupe artificiel de symptômes, qu'une série d'affections locales dues à l'irritation des tissus blancs.

Mais quand on lit attentivement les différents passages où Broussais combat l'unité de la scrofule, on reste convaincu qu'il ne s'y attaque que faute de la bien comprendre. S'il nie l'existence de cette maladie, c'est en haine des explications et parce que son bon sens se révolte contre leur impuissante absurdité. Il est obligé de reconnaître une singulière analogie, des caractères frappants de ressemblance entre ces diverses lésions qu'il ne veut pas voir rapporter à une même maladie. Il avoue bien qu'elles ont une physionomie particulière, quelque chose de spécial qui fait qu'elles diffèrent des autres altérations; il est obligé d'admettre une certaine *prédisposition* qu'il ne s'explique pas très-nettement, et il croit se tirer d'embarras en attribuant ce qu'on appelait les affections scrofuleuses à l'irritation des vaisseaux blancs.

On le voit, Broussais tombe lui-même dans les hypothèses (1); son système ne lui paraît pas rendre

(1) Nous voudrions bien qu'on nous démontrât l'irritation des vaisseaux blancs.

compte des faits d'une manière suffisante, il admet une certaine prédisposition : or, d'une prédisposition à une maladie il n'y a qu'un pas (1). Ainsi donc, Broussais avait détruit l'échafaudage d'hypothèses sur lequel un grand nombre d'auteurs avaient cru devoir établir l'unité de la scrofule; mais il n'avait pas renversé cette unité, il n'avait pas prouvé que la scrofule n'existait pas comme maladie distincte, indépendante, essentielle.

On peut en dire autant de ses successeurs, de ceux qui ont entièrement adopté ses idées sur ce point ou qui les ont légèrement modifiées (2).

Nous ne pouvons passer sous silence l'opinion de M. le professeur Bouillaud sur le sujet qui nous occupe (du moins une nouvelle face de cette opinion). En même temps qu'il cherche à rendre compte de la scrofule par une altération du sang (voyez un peu plus haut), M. Bouillaud donne à entendre que les diverses affections dites scrofuleuses ne sont que des maladies différentes qui prennent un caractère, un cachet particulier, sous l'influence de la *complexion scrofuleuse*. Mais qu'est-ce que cette complexion? Est-ce un tempérament? est-ce une ma-

---

(1) La prédisposition n'est-elle pas la maladie en puissance, et les maladies ne sont-elles pas la réalisation d'un certain nombre de prédispositions?

(2) Voyez quelques articles de M. le prof. Velpeau : *De l'Adénite* (*Arch. génér. de méd.*, t. 10); art. Ophthalmie du Dict. en 30 vol.

ladie? Si c'est un tempérament, il faut convenir que c'est un tempérament nouveau, qui n'a encore été décrit par personne; car il ne s'agit pas ici du tempérament lymphatique. M. Bouillaud nous donne d'ailleurs les caractères de cette complexion si bien décrite par M. Lugol. Mais cette complexion scrofuleuse n'est pas autre chose qu'un ensemble de signes appartenant à la scrofule; c'est la scrofule elle-même commençant ou sur le point de commencer; c'est son premier caractère, sa première manifestation; c'est la meilleure preuve de son existence comme maladie spéciale, puisque, avant même son développement, quand elle n'est encore qu'à l'état de prédisposition (1), elle imprime à ceux qu'elle doit frapper un cachet particulier qui la fait reconnaître et annoncer.

Quant aux doutes émis par quelques autres médecins éminents qui, frappés de ce fait que le tubercule n'est pas propre à la scrofule, hésitent à la conserver au rang des maladies, retranchent une partie de ses symptômes ou tendent à la confondre avec d'autres maladies, nous renvoyons à ce qui a été dit au chapitre du *diagnostic différentiel*, nous bornant à rappeler ici qu'une lésion commune, pouvant exister dans deux maladies distinctes, ne suffit pas pour les faire réunir en une seule.

---

(1) Il vaudrait peut-être mieux dire à l'état de prodromes.

Il reste donc établi que la scrofule est une maladie essentielle, distincte de toute autre.

La description que nous avons donnée et qu'on peut vérifier au contact des faits en est une preuve suffisante.

Nous avons vu, en effet, que cette maladie a des caractères et des signes qui lui sont propres, une marche particulière, un grand nombre d'affections symptomatiques, auxquelles elle imprime son cachet, des conditions de développement, une série de périodes, des symptômes, des lésions, de certaines terminaisons, un état cachectique, qui n'appartiennent qu'à elle seule.

Que faut-il de plus pour constituer une maladie?

III. *Quelle place doit occuper la scrofule dans le cadre nosologique?*

Il ne nous reste maintenant qu'à chercher à quelle classe de maladies on doit rapporter la scrofule. Mais avant, rappelons quelles places cette maladie a successivement occupées dans les principales nosologies.

Sauvages la range parmi les cachexies (cl. 10, ord. 4, *tubera*). Disons d'abord que cette classe des cachexies est trop vaguement caractérisée (mauvaise habitude du corps qui le fait dégénérer de son volume, de son égalité, de sa légèreté et de sa couleur); que toutes les maladies chroniques arrivées à un certain degré présentent un état de cachexie;

qu'on ne peut faire une classe de ce qui n'est qu'une période de diverses maladies, et que placer la scrofule dans le quatrième ordre de cette classe, à cause des tumeurs qu'elle présente, c'est trop se préoccuper de ce caractère au détriment des autres. Mais on peut faire un reproche beaucoup plus grave à Sauvages: c'est, quoiqu'il donne une très-bonne idée de la scrofule, d'avoir disséminé, dans plusieurs autres points de sa classification, des affections scrofuleuses (carie scrof., phthisie scrof., carreau, etc. etc.) qui ne doivent pas être séparées de la maladie dont elles font partie.

Les mêmes reproches s'appliquent à la classification de Vogel, où la scrofule se trouve placée dans la dixième classe (*vitia,* ord. 2, *tumores*); à celle de Cullen, qui la met encore au nombre des cachexies (cl. 3, ord. 2, *intumescentiæ*); enfin, à celle de Sagar, qui n'est au moins sur ce point qu'une reproduction de la classification de Sauvages.

Dans la nosologie de Selle, on trouve une classe tout entière à laquelle il donne le nom de *maladies scrofuleuses*. Ces maladies sont les tumeurs squirrheuses, l'herpès scrofuleux, les inflammations scrofuleuses, les ulcérations scrofuleuses, la gonorrhée maligne. Malgré l'obscurité de plusieurs de ces dénominations, Selle distingue ces affections de toutes les autres, il leur attribue une nature commune; mais il ne voit pas qu'elles forment une seule et même maladie. Toutefois, en supposant même qu'il ait entrevu cette vérité, on ne peut dire

qu'il ait classé la scrofule: il se borne à l'isoler tant bien que mal de ce qui n'est pas elle, il ne la rapproche d'aucune autre maladie, il ne la fait rentrer dans aucun groupe nosologique.

Pinel, après avoir d'abord placé les scrofules dans la classe des *affections lymphatiques,* les rangea définitivement, mais sans plus de succès, parmi les lésions organiques.

Nous n'avons pas à juger la première faute de Pinel, puisqu'il l'a reconnue lui-même implicitement. Quant à la seconde, il est impossible de la méconnaître. Qu'est-ce, en effet, qu'une classe de maladies appelées *lésions organiques?* De deux choses l'une : ou bien il y a une différence entre les lésions et les maladies, et alors on ne peut classer des maladies parmi des lésions; ou bien (1) il n'y en a aucune, et pour ceux qui admettent cette opinion, toutes les maladies rentrent dans la classe admise par Pinel.

Comment donc la devrons-nous résoudre cette question qui n'a pas encore reçu de solution définitive et satisfaisante? En quoi consiste le principal défaut de presque toutes les classifications, sous le rapport qui nous occupe? C'est en ce que leurs auteurs se sont exclusivement préoccupés d'un symptôme ou d'une lésion, au lieu de l'ensemble des lé-

---

(1) C'est là l'idée organicienne.

sions et des symptômes qui caractérisent la maladie et de son évolution.

N'existe-t-il pas des maladies qui ont dans leur ensemble un certain rapport naturel avec la scrofule? La syphilis, par exemple, et la goutte, ne présentent-elles pas comme elle des altérations organiques multiples et des symptômes variés? n'ont-elles pas comme elle une marche chronique, des périodes successives, marquées par des affections différentes et séparées souvent par des intervalles de temps où la santé semble rétablie, tandis qu'il n'y a, pour ainsi dire, qu'une trêve, qu'un repos momentané du mal?

S'il en est ainsi, si cette conformité d'ensemble existe, si tout le monde est frappé de ce rapport naturel, ne doit-on pas ranger la scrofule à côté de la syphilis et de la goutte, et donner à ce groupe le nom de *maladies constitutionnelles,* sans attacher à ce mot d'autre sens que celui de maladies caractérisées par une marche *chronique à longues périodes* et *divers produits morbides en divers points du corps* (1)?

---

(1) Aucune autre maladie ne présente ces caractères de *diversité de produits* avec *diversité de siéges.* Les diathèses cancéreuses, tuberculeuses, etc., qui ont le plus d'analogie avec ces maladies, sont caractérisées par l'*identité de produit* avec *diversité de siéges.*

TRAITEMENT.

Il est un certain nombre de maladies que l'on guérit radicalement; il en est d'autres au contraire contre lesquelles la médecine possède des moyens d'action précieux, dont elle peut diminuer la gravité, qu'elle modifie d'une manière évidente, mais dont elle n'a pas la puissance d'obtenir la guérison complète. La scrofule appartient-elle à la première catégorie ou doit-elle être rangée dans la seconde? en d'autre termes, existe-t-il pour cette maladie un traitement vraiment curatif, ou n'avons-nous, du moins jusqu'à présent, à lui opposer qu'un traitement palliatif?

C'est la première question qui se présente, et nous allons voir combien il importe de la résoudre avant tout.

Que trouve-t-on, en effet, dans la plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement de cette maladie? Ou bien ils recommandent en masse cette foule immense de médicaments, cette multitude de moyens hygiéniques, pharmaceutiques, chirurgicaux, universellement préconisés, sans s'inquiéter des diverses indications qui résultent des formes de la maladie, de la période à laquelle elle se trouve, des conditions dans lesquelles elle s'est développée, des affections qui la caractérisent, de ses symptômes, etc.

Ou bien ils s'attachent à un médicament de pré-

dilection, à un spécifique qu'ils administrent dans tous les cas, à tous les malades, sans tenir compte des différences qu'ils présentent.

Enfin, un certain nombre de médecins, frappés de l'exagération manifeste de cette prétention de guérir *partout et toujours* avec le même moyen, tombent dans un excès contraire et déclarent la maladie absolument incurable.

Plusieurs conséquences fâcheuses résultent de ces trois manières de voir. D'une part, on néglige comme inutiles un certain nombre de moyens préconisés en masse et confusément contre la maladie, lesquels mis en leur place, appliqués suivant les indications spéciales, contre des affections ou des symptômes particuliers, pourraient produire de très-bons effets. D'un autre côté, la confiance absolue dans un médicament unique conduit au mépris de certaines médications d'une utilité incontestable dans quelques cas donnés. Enfin, dans un sens opposé, après avoir constaté que les traitements prétendus curatifs échouent trop souvent ou que les honneurs de la guérison ne doivent pas leur être rapportés, on se décourage trop facilement et trop vite, et l'on néglige l'action plus modeste, mais plus sûre, d'un traitement palliatif.

Il convient donc de bien savoir à quoi s'en tenir. Si nous nous en rapportons à l'opinion générale, à l'expérience commune et journalière, nous trouvons qu'il n'existe pas, dans l'état actuel de la science, de traitement véritablement et incontestablement *curatif* de la scrofule.

« L'expérience a prouvé (suivant M. Guersant) que la guérison de cette maladie se fait très-longtemps attendre, quelque méthode de traitement qu'on emploie..... On ne peut réellement pas dire qu'il existe d'antiscrofuleux connu. »

Il y a longtemps que Celse a dit : « Strumæ vel « præcipue medicos fatigare solent. »

« Scrofulæ plerumque per omnem vitam permanent « non sanandæ », disait Stoll, et Cullen ne craint pas d'affirmer que « nous ne connaissons aucune méthode certaine de guérir les écrouelles, ou au moins qui réussisse généralement. »

Bordeu rapporte en l'adoptant l'opinion de Baillou, qui « riait de ceux qui *promettent merveilles* au sujet des écrouelles, et disait que le mal se moque d'eux. »

Il est bien peu de médecins qui ne reconnaissent cette vérité. Est-il nécessaire d'indiquer toutes les causes d'erreurs, toutes les sources d'illusion qui se trouvent dans les changements spontanés que peut subir la maladie dans le cours naturel de son évolution? Les partisans des spécifiques et du système curatif tiennent-ils assez compte, dans l'appréciation des faits qu'ils allèguent, de cette forme bénigne que nous avons vu guérir toujours spontanément ou du moins ne présenter jamais que des recrudescences légères, de cette influence annuelle des saisons qui modifie si favorablement certaines affections scrofuleuses, de l'heureuse révolution qui s'opère souvent à certains âges, et surtout à l'époque

de la puberté, de la disparition momentanée de quelques symptômes, enfin, de ces intervalles qui séparent souvent deux périodes de la maladie et pendant lesquels on peut croire à une guérison définitive quand elle n'est que provisoire? C'est surtout lorsqu'on étudie avec soin la marche de la scrofule qu'on peut justement faire la part de la maladie et celle du traitement. Il est facile alors de constater qu'on guérit souvent les affections locales, presque jamais la maladie.

Ainsi donc, sans nier l'action, incontestable dans certains cas, des médicaments les plus préconisés, de l'iode en particulier, nous nous croyons en droit de réduire l'importance de cette action, et de dire que nous n'avons à opposer à la scrofule qu'un traitement palliatif.

Est-ce à dire que ce soit là peu de chose? Il s'en faut de beaucoup. Notre influence est limitée, il est nécessaire que nous le sachions bien, mais dans le cercle de ces limites, nous avons des moyens nombreux et puissants. On peut améliorer l'état de la plupart des scrofuleux, prévenir chez quelques individus qui ne sont encore que *prédisposés*, ou du moins retarder le développement de la maladie; on peut modifier les formes du mal, en arrêter les progrès, guérir un certain nombre d'affections locales, enfin contribuer à la curation de la maladie elle-même quand elle est susceptible de guérison.

Cela dit, passons maintenant à l'étude de nos moyens d'action et à leur application méthodique

suivant les diverses indications que présente la maladie, dans l'ordre de leur hiérarchie.

INDICATIONS TIRÉES DE LA MALADIE ELLE-MÊME, COMMUNES A TOUS LES SCROFULEUX.

I. RÉGIME ET MOYENS DIÉTÉTIQUES.

Le régime et les moyens diététiques occupent une place très-importante dans le traitement de la scrofule; ils favorisent puissamment l'action des médicaments, et sans leur concours tout traitement échoue.

1° *Circumfusa.*

Habitation. — Les scrofuleux doivent habiter un lieu sain, vaste, bien aéré, bien éclairé, préservé de toute humidité, dans une bonne exposition, en plein midi (1).

Climat. — Ils doivent respirer un air sec et pur, s'il est possible à la campagne, sous un beau ciel, dans un climat chaud ou du moins tempéré.

---

(1) Il est douloureux d'être le plus souvent dans l'impossibilité la plus absolue de mettre les pauvres, si fréquemment affectés de cette maladie, dans de bonnes conditions hygiéniques.

Aussi plusieurs médecins, entre autres Kortum et M. Baudelocque, frappés de cette triste vérité, ont-ils vivement et généreusement sollicité de l'autorité municipale et de la police des grandes villes quelques mesures protectrices de la santé des pauvres, et relatives au moins aux habitations étroites, obscures et malsaines qui leur sont réservées.

Air, lumière. — Ils resteront le plus longtemps possible à l'air libre, exposés à la lumière diffuse ou aux rayons du soleil.

Température. — Ils éviteront l'action du froid, surtout du froid humide, et les changements brusques de température.

2° *Applicata.*

Vêtements. — Les scrofuleux doivent porter des vêtements chauds, qui les préservent de l'humidité et du froid. Il est très-important qu'ils portent de la laine, de la flanelle, non-seulement sur la poitrine et les bras, mais sur tout le reste du corps, sur les extrémités inférieures. Ils éviteront avec grand soin le refroidissement des pieds.

Soins de propreté. — Les soins de propreté sont de première nécessité, surtout chez les enfants. On doit les changer souvent de linge, les laver, les baigner souvent.

Lotions et bains. — Les lotions froides sont très-utiles, ont une action très-puissante. Fréquemment répétées et suivies de frictions, elles fortifient les petits scrofuleux et peuvent les préserver des rhumes, des coryzas, des maux de gorge, et d'un certain nombre d'affections de la peau auxquelles ils sont si exposés.

Les bains froids ont une action plus énergique encore. « Le bain froid, dit Cullen, paraît avoir été plus avantageux qu'aucun des autres remèdes dont

j'ai vu faire usage. » Bordeu n'y attache pas moins d'importance. Cependant les bains froids, malgré leur utilité incontestable, ne doivent pas être pris d'une manière inconsidérée. On n'en continuera l'usage qu'autant que la réaction se fera bien; de plus, les malades ne doivent pas séjourner trop longtemps dans l'eau : la simple immersion suffit, et détermine beaucoup plus sûrement cette réaction qu'il s'agit d'obtenir.

Les bains froids sont contre-indiqués dans certaines circonstances, par exemple quand les malades sont trop affaiblis ou que les poumons sont affectés.

Les bains tièdes n'ont pas d'action marquée sur la scrofule; on ne doit guère les prescrire que comme soins de propreté. Les bains aromatiques sont un peu plus utiles, surtout pour les enfants. Nous verrons, à propos de quelques affections scrofuleuses, l'influence des bains et des douches de vapeur (1).

Ce que nous avons dit des bains de rivière s'applique aux bains de mer. Ces derniers seulement ont encore plus d'efficacité, mais ils exigent aussi plus de précautions (2).

---

(1) Les bains de lait, les bains de gélatine, conviennent aux petits scrofuleux très-affaiblis.

(2) Russell, le premier, a parlé *ex professo* de l'eau de mer dans la maladie qui nous occupe. Il en recommande l'usage à l'intérieur et à l'extérieur quand il n'y a pas de fièvre, la proscrit dans le cas contraire, et la recommande de nouveau quand la maladie paraît se terminer, pour en assurer la guérison définitive qu'il consolide par le quinquina. On com-

3° *Ingesta.*

Aliments. — L'alimentation des scrofuleux doit être tonique, légèrement excitante, à moins de contre-indications. Il faut avant tout éloigner les aliments de mauvaise qualité, le pain mal fermenté, mal cuit, les farineux, les légumes d'hiver (voy. au

---

mence par boire quatre onces d'eau de mer le matin; on élève graduellement la dose jusqu'à une livre. On la boit seule, mélangée d'eau douce ou avec du miel.

Hippocrate recommande l'eau de mer à ceux qui éprouvent des démangeaisons, qui sont tourmentés par l'âcreté des humeurs; il apprend qu'elle convient pour la guérison des ulcères. Celse, Pline, etc., parlent de l'usage de l'eau de mer.

L'eau de mer convient surtout aux malades qui sont peu sujets aux inflammations; elle détermine quelquefois des hémorrhagies.

Macbride recommande l'eau de mer seulement au commencement de la maladie, avant que les tumeurs soient ulcérées et que les symptômes de cachexie se manifestent; le quinquina, au contraire, s'il y a des ulcères et que la fièvre hectique soit déjà survenue; enfin, la ciguë, si le mal est invétéré et si les engorgements ont pris un caractère squirrheux ou cancéreux (extr. de Kortum).

Il faut tenir compte, dans l'appréciation de l'influence exercée par l'eau de mer, de l'exercice, du changement de lieu, de l'air pur qu'on respire au voisinage de la mer, de l'action du bain froid, circonstances qui augmentent singulièrement cette influence.

chapitre des *causes*), l'abus du laitage (1), de substances peu nourrissantes, exclusivement végétales.

On prescrira une nourriture presque entièrement animale; du bouillon, des gelées de viandes, surtout aux enfants; du bœuf, du mouton rôtis, de préférence aux viandes blanches et au poisson, qui cependant conviennent encore mieux que les végétaux Il y aurait excès à proscrire complétement ces derniers. Parmi eux, on choisira les légumes frais (2), surtout ceux qui sont aromatisés, et les fruits bien mûrs, particulièrement les fruits rouges.

Les viandes rôties valent beaucoup mieux que les

---

(1) L'usage modéré du lait, surtout du bon lait, ne peut vraisemblablement pas être nuisible. Le lait a été alternativement recommandé ou proscrit avec un peu trop d'exagération.

Sauvages le prescrit dans les *scrofules internes* et même dans l'ophthalmie scrofuleuse; Lieutaud est du même avis. Wiseman recommande le lait d'ànesse. Raulin pense que le lait de vache convient dans la fièvre hectique. White prescrit le lait avec l'eau de Seltz contre la toux des enfants atteints du carreau.

Bordeu, tout en reconnaissant les bons effets du lait et du petit-lait contre certains symptômes, déclare qu'il ne sert à rien pour guérir la maladie. Morton rejette la diète lactée dans la phthisie scrofuleuse, et Portal est du même avis.

Dans certains cas, le lait, surtout le lait de chèvre, le lait d'ànesse associé à l'eau de chaux ou à l'eau de Seltz, a paru produire de bons résultats, dans le carreau, par exemple.

(2) Particulièrement les carottes, les asperges, les raves, les choux tendres, le cresson, la chicorée, etc.

ragoûts ; cependant il est certains assaisonnements qui ne sont pas nuisibles aux scrofuleux : tels sont le sel, les substances amères, aromatiques. L'hypothèse de la coagulation de la lymphe avait fait proscrire à tort tous les acides.

Boissons. — Les scrofuleux feront usage d'un vin vieux et généreux. Ils doivent éviter l'usage trop abondant des spiritueux ; mais de temps à autre une petite quantité d'une liqueur alcoolique, un peu de café à l'eau, surtout après le repas, ne sauraient leur nuire.

Cependant le régime que nous venons d'indiquer ne convient pas à tous les scrofuleux. Il doit être suivi par ceux dont les fonctions digestives se font bien ; mais il est un certain nombre de ces malades qui digèrent mal : à ces derniers, il convient de prescrire une nourriture plus légère, des liquides, des aliments de plus facile digestion ; on excitera l'appétit et l'on ranimera les forces de l'estomac par l'usage de quelques eaux minérales, telles que celles de Seltz, de Passy.

On doit surveiller avec grand soin les enfants sous ce rapport, afin d'éviter les indigestions auxquelles ils sont si sujets et qui sont si souvent le point de départ de diarrhées rebelles et d'accidents plus graves encore.

Cette alimentation tonique, succulente, presque exclusivement animale, que nous avons recommandée plus haut, ne convient pas aux jeunes enfants. La diète lactée leur suffit dans les premiers temps

de la vie; plus tard, les soupes, les potages, les bouillons, doivent faire le fonds de leur nourriture. Les aliments doivent leur être donnés surtout sous forme de liquide, et l'on doit leur éviter les inconvénients d'une nourriture trop lourde, trop abondante et trop variée. L'eau pure doit être leur boisson ordinaire jusqu'à deux ou trois ans; ils peuvent alors commencer à boire un peu de vin (1).

---

(1) Nous extrayons de l'ouvrage de Kortum les détails suivants, qui regardent les enfants à la mamelle :

Soins de propreté après la naissance, lotions, bains; bains tièdes d'abord, puis de plus en plus froids (eau simple ou avec addition de savon, de vin, de substances aromatiques); frictions, langes souvent renouvelés; air pur, séjour à la campagne; vêtements légers, plus chauds en hiver.

Si la mère est manifestement scrofuleuse, il vaut mieux donner l'enfant à une nourrice robuste, bien portante et de la campagne.

Que l'enfant ne tette pas trop souvent, mais toutes les vingt-quatre heures environ. A mesure qu'il avance en âge, on peut augmenter les intervalles.

Après les huit ou neuf premiers mois, on peut joindre à la lactation quelques aliments étrangers, insensiblement, tels que le lait de vache et de chèvre, les décoctions d'orge, de gruau avec un peu de beurre, de lait et de sucre, des bouillies de lait et de pain de froment bien fermenté et bien cuit. Bordeu recommande le chocolat ou la décoction de pain fermenté, avec un peu de vin et de cinnamome; d'autres recommandent la crème de riz ou de la mie de pain dans du bouillon de bœuf ou dans du lait.

Bientôt, trois mois après ce commencement de sevrage,

4° *Excreta.*

Nous avons déjà parlé des précautions qu'il faut prendre pour entretenir et favoriser la transpiration cutanée et pour éviter la suppression brusque de

---

il est bon de donner de temps à autre un peu de bouillon de viande.

Il faut rejeter les bouillies de farine (*); la croûte de pain réduite en poudre et cuite dans de l'eau ou du lait est meilleure. De temps à autre, on peut donner un jaune d'œuf mêlé avec du sucre en poudre, surtout chez les enfants qui ont un peu de diarrhée.

Après le sevrage, il est bon de ne pas insister sur le lait et les aliments farineux. Bouillons de viandes, chairs légères. Les ragoûts et la trop grande variété de mets ne conviennent pas aux enfants.

La boisson la meilleure est l'eau claire. A 3 ou 4 ans, ils peuvent commencer à boire un peu de vin.

On peut joindre à leur boisson une infusion de romarin, de tussilage, de violette tricolore, etc.

On doit habituer les enfants à rester tête et cou nus, à se laver la tête avec de l'eau froide; les encourager à faire tout ce qui peut les fortifier: exercice, promenades, jeux, sauts, course, natation, etc. etc.

Pas trop de sommeil; ventre libre. Les petits scrofuleux se trouvent souvent très-bien de l'emploi de ce qu'on pourrait appeler des bains de soleil. On les expose presque nus aux rayons de ce dernier, sur le sable ou sur des herbes aromatiques, en ayant soin de leur couvrir la tête.

(*) C'est peut-être se montrer trop sévère contre cet aliment si généralement adopté. Ne suffit-il pas de faire préalablement griller, roussir au feu la farine dont on se sert?

cette excrétion; il est très-important aussi de tenir le ventre libre et d'éviter la constipation.

5° *Acta.*

Les scrofuleux ne doivent pas s'abandonner au repos; la vie sédentaire leur est nuisible. Ils coucheront sur des lits plutôt durs que moelleux. Leur sommeil ne sera pas prolongé. Ils devront prendre beaucoup d'exercice, sans cependant se fatiguer; les jeux, les sauts, la course, les promenades à pied, en voiture, à cheval, la natation, les voyages, la navigation (1) leur sont très-utiles (2). Le changement de lieu est une condition favorable pour la guérison de la scrofule. Bordeu recommandait aux habitants des villes de venir respirer l'air des montagnes, et aux habitants des montagnes de voyager de vallée en vallée.

6° *Percepta.*

Enfin, les scrofuleux doivent éviter autant que possible les émotions pénibles, les sensations trop vives, les chagrins, la tristesse et tous les excès.

---

(1) L'air de la mer, soit qu'ils la traversent, soit qu'ils habitent sur ses bords, leur est très-salutaire.

(2) Il en est de même de tous les mouvements actifs ou passifs du corps, même de certains mouvements partiels qui peuvent remédier à des déformations de la taille ou des membres. (V. Boyer, à propos de quelques déviations de la taille, à la fin du IV^e^ vol.)

II. Médicaments.

Parmi les agents médicamenteux qui ont le plus d'influence sur la scrofule, nous commencerons par citer le *soufre* et les *préparations sulfureuses,* non-seulement parce que le soufre est une des substances le plus anciennement employées, mais parce que c'est un des moyens les plus actifs dont on puisse faire usage. Depuis Celse, un grand nombre de médecins éminents, parmi lesquels se distinguent Bordeu et Stoll, ont préconisé ce remède trop négligé de nos jours. Le soufre sous toutes ses formes, particulièrement le foie de soufre, le sulfure de potasse et les eaux minérales sulfureuses, produisent chez les scrofuleux des effets très-remarquables. Seulement nous ferons observer que leur usage doit être prolongé, qu'on doit les administrer à des doses élevées et sous toutes les formes, en boissons et en bains simultanément. C'est ainsi que nous avons vu des malades qui s'étaient astreints à boire chaque jour plusieurs bouteilles d'eau d'Enghien, à prendre en même temps des bains de Barèges d'une manière régulière et sans interruption pendant un certain temps, éprouver une amélioration extraordinaire qu'aucune autre médication n'avait pu produire. Il n'est pas besoin de dire que ce traitement est plus efficace encore quand les malades peuvent aller le subir là où toutes les conditions sont réunies pour favoriser son action, quand ils peuvent se rendre

aux sources des Pyrénées, aux eaux Bonnes, à celles de Barèges, si justement célébrées par l'illustre Bordeu (1).

---

(1) «On réussira souvent avec les eaux en bain, en douche, ou bien intérieurement, ou de toutes ces trois façons...» Nous observerons seulement en passant que, comme le dit Hoffmann : «Plurimorum timiditate præpostera præcipue «in determinandis medicamentorum dosibus fit, ut mor«borum chronicarum pertinacia adeo raro devincatur medi«camentorum efficacia, quæ quidem adeo parce datis, ut «plurimum nulla est....» Nous ajouterons, au sujet de ces eaux, que les craintes de ceux qui en défendent l'usage intérieur ou extérieur, ou qui du moins le bornent à de très-petites doses, viennent de l'inexpérience. Ceux qui savent les manier ne craignent pas leurs mauvais effets et ne regardent pas sur ce pied la chaleur qu'elles donnent quelquefois et la vivacité qu'elles apportent dans le sang. Ce sont des changements nécessaires pour que les eaux aient quelque effet, tant il est vrai que, comme nous l'avons indiqué, il faut, pour guérir une maladie chronique telle que les écrouelles, retourner pour ainsi dire un tempérament. (Bordeu, *Dissert. sur les écrouelles.*) — Il y a des contre-indications à l'emploi des préparations sulfureuses; nous les indiquerons plus loin.

Le soufre a été recommandé le plus souvent associé à d'autres substances, à l'antimoine, par exemple; il a été conseillé concurremment avec le quinquina, le fer, la ciguë, etc.

Les préparations qui ont été les plus usitées sont le soufre doré d'antimoine, le kermès minéral. Hoffmann et Werlhof y ont joint les ferrugineux.—«Iis præsertim scrophulosis con«ducit sulfur antimonii quorum glandulæ pulmonales infa«retæ sunt.» (*Prix de l'Académie de chirurgie.*) Une des meil-

Cullen attribuait une grande influence aux *eaux minérales* quelles qu'elles fussent : « Les eaux minérales, dit-il, sont le remède qui paraît réussir le mieux, celui sur lequel les praticiens comptent le plus et qu'ils emploient particulièrement..... Quant

---

leures préparations antimoniales, c'est la teinture antimoniale de Jacob, nommée soufre doré d'antimoine liquide (sulf. d'antim. et savon dissous dans l'alcool, de 1 à 10 grammes, suivant l'âge, dans de l'eau d'orge). Le fameux remède de Rotrou n'était autre chose qu'un mélange d'antimoine et d'un sulfure alcalin.

Ces substances sont utiles, surtout associées à d'autres médicaments. Elles sont contre-indiquées quand il y a des symptômes d'inflammation. Elles sont très-bonnes contre les catarrhes, les écoulements, les ulcères, les engorgements nombreux, les symptômes d'âcreté. Il ne faut pas trop prolonger leur usage; il est bon de l'interrompre en donnant le quinquina. Il ne convient pas de les administrer si elles donnent des cardialgies, des vomissements; elles ne conviennent pas également aux scrofuleux affaiblis qui ont la fièvre (Kortum).

Le même auteur se demande si le sulfure de mercure, le sulfure d'antimoine, l'antimoine lui-même, ne doivent pas au soufre la vertu qu'on leur attribue.

Stoll recommande aux scrofuleux le foie de soufre à la dose de 5 à 10 grains, et les eaux thermales qui en contiennent. Selle accordait à cette substance la même propriété qu'à l'éponge brûlée.

Ruland vantait son *baume et son huile* de soufre.

Tout le monde connaît l'heureuse influence des préparations sulfureuses sur les affections de la peau, dont un grand nombre se rattachent à la scrofule.

au choix des eaux..... on a employé presque toutes les espèces.... ferrugineuses, sulfureuses ou salines. » — Les eaux minérales sont encore aujourd'hui l'un des meilleurs moyens que l'on puisse employercontre la scrofule, mais il est incontestable que de toutes, les sulfureuses sont les plus actives et les plus efficaces.

Le *fer* et les *ferrugineux* ont toujours occupé à juste titre une place importante dans le traitement de la scrofule; ils font partie des plus anciennes formules. Recommandés par la plupart des auteurs qui se sont particulièrement occupés de cette maladie, on y attache généralement encore aujourd'hui une importance méritée (1).

Il en est de même du *quinquina* (2) dont l'action

---

(1) Le fer est prescrit par Sauvages, dans les affections scrofuleuses internes, à l'automne et au printemps; par Charmetton, Vogel, Bertrandi, Lalouette, etc., qui l'administraient sous les formes variées d'eau ferrée, de limaille de fer, de safran de mars (sesqui-oxyde ou peroxyde de fer), d'eaux minérales ferrugineuses, etc.

Les indications des martiaux sont à peu près les mêmes que celles du quinquina (voy. plus loin); ils sont contre-indiqués dans les congestions et les inflammations de la tête et de la poitrine. Kortum proscrit le sulfate de fer comme trop astringent; il recommande d'associer les amers, la rhubarbe en particulier, aux préparations martiales; il parle avec éloges du tartrate de potasse et de fer (*mars tartarisatus*).

(2) Fordyce et Fothergill sont les premiers qui aient ins-

tonique est si favorable aux scrofuleux, et n'est pour ainsi dire contre-indiquée dans aucun cas, si ce n'est tout au plus quand il existe des signes d'inflam-

---

tué le traitement des scrofules par le quinquina; ils l'ont employé avec succès contre les tumeurs du cou, des parotides, des mamelles, chez des sujets affaiblis, contre les ulcères et les ophthalmies invétérées, contre les affections de la peau. Le dernier préfère la décoction avec addition de raisin de Corinthe ou de gomme arabique; il y joint aussi un peu d'eau aromatique; il reconnaît l'inefficacité de ce traitement quand le mal affecte les os et même ses effets nuisibles dans ces cas, où il ne diminue pas, mais accroît plutôt la fièvre. D'autres auteurs signalent l'influence favorable du quinquina quand les forces sont épuisées, quand l'appétit est nul. Thompson en recommande l'usage dans l'ophthalmie scrofuleuse. Enfin, il n'est pas, pour ainsi dire, d'affection scrofuleuse qu'il n'améliore, et il convient dans toutes les périodes. L'usage doit en être prolongé, et il est bon dans les commencements de l'associer à d'autres médicaments, au sulfure de mercure et d'antimoine, etc., mais ensuite on doit continuer son usage et l'administrer seul pour consolider la guérison et éviter les récidives.

On peut le donner d'abord sous forme de décoction légère, puis de décoction concentrée. Les enfants prennent avec moins de répugnance un électuaire composé de poudre de quinquina et de sirop d'écorces d'oranges; on peut aussi le donner sous forme d'extrait mélangé avec du vin d'Espagne, ou bien encore sous forme de macération dans l'eau froide. La décoction de quinquina dans l'eau de chaux est une préparation souvent très-efficace.

La simple macération à froid (250 grammes d'eau, 30 à 60 grammes de quinquina) n'est pas moins bonne.

mation ; encore dans ces cas même peut-il devenir d'autant plus nécessaire qu'il faut souvent contre-balancer les effets produits par l'emploi quelquefois indispensable des antiphlogistiques (1).

L'utilité des médicaments qui précèdent ne saurait être mise en doute.

Il est un grand nombre d'autres moyens qui ont été successivement préconisés, mais dont l'action favorable est moins généralement admise et plus sujette à contestation. Cependant plusieurs de ces substances ne peuvent-elles être associés, comme de bons auxiliaires, à des médicaments plus efficaces ?

Nous les mentionnerons sans nous y arrêter (pour les détails, voyez les notes).

Sous le nom de fondants ou résolutifs, on employait un certain nombre de substances marines, en particulier l'*éponge brûlée* (2), la *poudre de*

---

(1) Les amers (houblon, gentiane, petite centaurée, etc.) peuvent être rapprochés du quinquina; ils sont généralement et habituellement recommandés.

(2) L'éponge brûlée fait partie de presque toutes les poudres antistrumeuses des anciens et des modernes. Dioscoride et Galien recommandent plutôt l'éponge carbonisée que réduite en cendre. Arnold de Villanova est le premier qui a bien expérimenté l'emploi de l'éponge brûlée pour dissoudre les écrouelles ; on la prenait à la dose de 1 à 4 grammes, seule ou diversement mélangée.

Quarin pense que de tous les remèdes antistrumeux,

chêne marin (*fucus vesiculosus*), plusieurs végétaux tels que le *romarin*, la *digitale pourprée*, le *tussilage*, la *violette tricolore*, les plantes dites *antiscorbutiques*, la *garance*, l'*ononide épineuse*, la *poudre de mille-pieds*, celle de *cantharides*, etc. etc. (1).

---

l'éponge brûlée est le plus efficace, et il attribue aux lésions l'amaigrissement que quelques auteurs considèrent comme l'effet de cette substance; il faut du reste ne l'employer que lorsqu'il n'existe pas d'inflammation.

Lorsqu'il ne reste de la scrofule que des tumeurs froides, c'est alors que ce remède produit le plus d'effet.

Il faut rapprocher de l'éponge brûlée la poudre de chêne marin (*fucus vesiculosus*, Linné). (Russell la donnait à la dose d'une à deux drachmes); la poudre de ces petites concrétions calcaires qui se trouvent dans les éponges, certains coquillages et coraux.

Les poudres antistrumeuses se composaient surtout d'éponges, de pierres d'éponges crues ou calcinées, d'os de sèches, de poivre, de gingembre, de muscade, de sel gemme, de succin, de myrrhe, d'encens, etc. Ces poudres étaient réputées avoir bien plus de valeur si on les administrait au déclin de la lune.

(1) *Digitale pourprée.* — Van Helmont donnait la poudre de racine de digitale; Haller, Quarin citent des cas remarquables de guérison, par la digitale, de scrofules qui avaient jusque-là résisté à tous les moyens (voy. Kortum). On a adopté également le suc, l'extrait, la teinture de cette plante; on les a employés contre différentes affections, et aussi dans les hydropisies de l'état cachectique.

Romarin. — Kortum l'a employé plusieurs fois avec succès chez les enfants des pauvres. Il convient, dit-il, dans l'engorgement froid des glandes, dans l'atrophie mésenté-

La plupart de ces médicaments sont tombés en désuétude. Nous avons cru devoir cependant les rappeler dans les notes ci-jointes (dont la plupart

---

rique, mais non dans la période fébrile de la scrofule, enfin, chez les jeunes scrofuleuses dont les règles sont retardées.

Tussilage. — La décoction et le suc de tussilage (*seu farfaræ*) ont été vantés par plusieurs auteurs, en particulier par Cullen. Ce médicament paraît surtout convenir aux affections de poitrine, surtout à la phthisie, assez souvent aux éruptions cutanées.

La *violette tricolore* a souvent réussi contre les croûtes de lait, les affectione herpétiques : Strack en a fait le premier des applications très-heureuses; contrairement à ce qu'on fait pour le tussilage et le romarin, on emploie la plante sèche, parce que récente elle a une propriété vomitive (Kortum).

Plantes antiscorbutiques. — Bordeu vante ces plantes; en particulier le cresson et le cochlearia. Sauvages en recommande l'usage au printemps et à l'automne. Stoll ajoute à celles que nous avons déjà nommées la menthe, la sauge. Il faut y joindre le lierre terrestre, la petite ortie, la petite chélidoine, la chicorée, la saponaire. L'extrait de gentiane, d'absinthe, de chardon bénit, de petite centaurée, peut être utile pour donner un peu de ton et de force au corps.

L'*ononide épineuse* a produit quelquefois de bons effets (3 onces de racine dans une demi-livre d'eau en décoction, ou une demi-once d'extrait par jour) contre l'hydro-sarcocèle, les indurations du testicule après la gonorrhée (Meyer). On la prend plutôt sous forme de décoction.

La décoction de glands de chênes torréfiés; la décoction de racine de garance; les tisanes ou décoctions de salsepareille,

des détails sont empruntés à la savante monographie de Kortum). Quelques-uns en effet peuvent remplir des indications particulières si leur action est nulle sur la maladie elle-même.

Quant aux *mercuriaux*, à l'*antimoine*, et à *différents sels* (1), ce sont là des médicaments d'une ac-

---

de bardane, de saxifrage, d'iris, etc. etc., ont été recommandées.

Mille-pieds (poudre de). — Morton en fait grand cas contre la phthisie. On emploie aussi cette substance sous forme de suc ou de conserve.

Cantharides administrées à l'intérieur avec le camphre, bon moyen contre la lèpre et les affections cutanées (Kort.).

Poudre de chair de vipère, autrefois très-vantée. Cette poudre n'est plus employée.

Les tumeurs rebelles, surtout chez les adultes, cèdent quelquefois à l'*aconit* (ibid.).

L'*écorce de l'orme* est utile contre les hydropisies et les affections de la peau; l'*infusion de tabac*, la semence de phellandrium, la gratiole, etc., l'*arnica* (dans l'atrophie), la cynoglosse, la belladone, la pulsatille, ont une certaine action contre la scrofule (ibid.).

Il en est de même des *gommes-résines*, du galbanum, de l'asa-fœtida, de la gomme ammoniaque, de la résine de jalap.

(1) *Mercuriaux.*—Warthon, Klaunig, etc., faisaient saliver les scrofuleux, et employaient en même temps les frictions mercurielles. Le même Klaunig dit avoir guéri une phthisie scrofuleuse par le mercure. Bordeu recommande les frictions mercurielles comme adjuvants de l'emploi intérieur des eaux minérales. Goursaud blâme ces frictions, à moins qu'il

tion plus certaine, surtout contre quelques symptômes et dans plusieurs affections scrofuleuses, mais ils ne remplissent aucune indication générale

---

n'y ait quelque complication syphilitique. Withe veut qu'on fasse des frictions toutes les deux nuits, sur le ventre ou les extrémités des enfants scrofuleux. Heiser prétend qu'on ne peut guérir l'ophthalmie scrofuleuse sans mercure. *Préparations qui ont été le plus souvent employées : Æthiops minéral, protosulfure de mercure, mercure gommeux de Plenck, æthiops antimonial.* (Antim. cru, p. iij; fleurs de soufre, p. ij; mercure, p. iv : telle est la préparation indiquée par Huxham.)

Mercure violet (sulfure de mercure et sel ammoniaque), *cinnabre* (bisulfure de mercure). Le *sulfure noir* uni à la magnésie et à la rhubarbe ne fait pas saliver; recommandé par Hufeland, il n'a pas réussi à M. Baudelocque.

Le *calomel* est indiqué par presque tous les auteurs, mais rarement seul.

Poudre altérante de Plummer (parties égales de calomel et de sulfure d'antimoine).

Il est bon d'associer la poudre de Plummer à la ciguë et au quinquina.

Dans le carreau, le calomel a été donné comme un remède spécifique (Withe).

Le *sublimé corrosif* a été employé avec succès dans des cas très-graves (cachexie, ulcères invétérés, caries profondes). (Bierchen, etc.)

Plusieurs médecins recommandables se sont élevés contre l'usage du mercure, comme nuisible ou au moins inutile, à moins qu'il n'y eût complication de syphilis : entre autres Cullen, Hunter, Lalouette. Quoiqu'il en soit, le mercure

et n'ont pas d'influence directe sur la scrofule. Nous y reviendrons plus loin.

---

paraît rendre quelquefois des services réels, surtout le calomel dans le carreau; mais il est contre-indiqué, quand il y a des phénomènes inflammatoires ou de la tendance à la phthisie pulmonaire. (Kortum.)

Il est encore utile contre les ulcères rebelles et les engorgements froids et sans tendance à l'inflammation.

Kortum dit avoir vu les frictions mercurielles sur les tumeurs articulaires être nuisibles et déterminer une inflammation violente. Il faut, dans tous les cas, n'administrer les mercuriaux qu'avec une grande précaution et en surveillant attentivement leurs effets.

Antimoniaux. — L'antimoine a été souvent employé: (poudre métallique, eau bénite de Ruland, vin antimonié d'Huxham). On mettait plus souvent en usage les combinaisons du soufre et de l'antimoine.

On rangeait aussi sous le nom de fondants, les substances suivantes:

Sel de tartre (sous-carbonate de potasse), *sel de nitre, sel ammoniaque* (F. Hoffmann); *terre foliée de tartre* (Selle); *tartre soluble de Neumann* (*ex acido tartari et alcali volatili conflatum*) (Plenck); *sel de Glauber,* dans le carreau.

Sel commun (chlorure de sodium), ½ once par jour chez les adultes; très-bon pour toutes les maladies scrofuleuses, excepté les ulcères de mauvaise nature, et les caries (Kortum); seul ou combiné avec quinquina.

Rec. esprit de vin.	℥xxx
Sel de tartre, racine de gentiane. aa.	ʒj-jβ

Faites macérer pendant 24 heures; en prendre matin et

Ce que nous venons de dire des mercuriaux s'applique encore à l'*eau de chaux* (1) et à la *ciguë* (2).

---

soir de 1 à 2 drachmes (Peyrilhe). Sel ammoniaque, chaux vive, décoction de quinquina, très-bonne combinaison administrée à l'intérieur, contre les ulcères invétérés.

Savon, en pilules, seul ou mélangé à la gomme ammoniaque, à l'antimoine, ou bien, dans une eau aromatique ou en sirop ; surtout au commencement de la maladie, ½ once jusqu'à 1 once et au-dessus (adultes). Boerhaave le donnait aux enfants en chartre.

(1) *Eau de chaux.* — Willis et Morton ont en particulier recommandé l'eau de chaux contre la scrofule et la phthisie commençante. Morton en signale particulièrement l'action dans la scrofule développée à la suite de la rougeole. On l'administre à la dose de quelques onces jusqu'à une livre chez les adultes.

On doit proscrire ce médicament dans la période fébrile, si le corps est maigre et sec, s'il y a tendance aux hémorrhagies ; on doit le conseiller, au contraire, s'il faut fermer des ulcères, particulièrement si l'habitude du corps est molle, lâche et si une surabondance de sucs paraît abreuver les chairs (Kortum).

(2) *Ciguë* (*conium maculatum*). — Stoerk le premier a recommandé la ciguë ; il a donné de nombreux exemples de guérison, par ce moyen, de spina ventosa, de teigne invétérée, de tumeurs articulaires, d'ulcères de mauvaise nature, de caries et d'autres affections scrofuleuses. Ces bons effets ont été reconnus par d'autres médecins de Vienne, Quarin, Leber, Collin ; de Haen lui-même, tout en déclarant que la ciguë est inutile dans le véritable cancer, reconnaît ses bons effets dans les affections scrofuleuses, en particulier dans les tumeurs du cou, avec dureté du

Il en est absolument de même des *purgatifs* et des *évacuants* (1). Cependant la plupart des méde-

---

ventre. De nombreux témoignages ont été émis en faveur de cette manière de voir, par un grand nombre de médecins de tous les pays; on administre la ciguë sous forme d'extrait (à la dose de quelques grains pour commencer, en frictions, en emplâtres, quelquefois aussi en lavements).

C'est surtout dans les engorgements chroniques qu'elle réussit. Elle agit lentement; quelques petites douleurs piquantes ou quelques démangeaisons précèdent la résolution des tumeurs; les ulcérations de mauvaise nature prennent un meilleur aspect, et la sanie ichoreuse qui s'en écoule prend l'apparence du pus.

Il ne faut pas l'administrer chez les individus déjà affaiblis; il faut en cesser l'usage quand elle détermine des vertiges, des paralysies, des convulsions. Selle recommande alors les acides végétaux à fortes doses pour en combattre les effets; elle détermine aussi quelquefois des éruptions pustuleuses.

(1) *Purgatifs, évacuants.* — Les purgatifs sont très-utiles; administrés de temps à autre, ils facilitent l'action des autres médicaments. Il ne faut pas en abuser, surtout dans la période inflammatoire et fébrile. Les hydragogues conviennent mieux lorsqu'il y a de l'œdème et de la bouffissure. Les drastiques ont été conseillés par Janin, dans l'ophthalmie scrofuleuse (Kortum).

Vomitifs. — Bordeu recommande les vomitifs et l'ipécacuanha avant de commencer un autre traitement; quelques auteurs ont vanté leur influence sur la guérison des tumeurs blanches du genou, les affections du testicule, les hydropisies, la phthisie pulmonaire, les écrouelles.

cins, ceux même qui emploient une médication *spécifique*, reconnaissent l'utilité des purgatifs administrés de temps à autre chez les scrofuleux. C'est là un fait généralement signalé.

Il est un médicament qui depuis un certain nombre d'années a acquis une sorte de célébrité et qui passe pour un spécifique : c'est l'*iode* et ses composés. Il mérite une mention toute particulière (1).

Sans doute, l'iode possède une action tonique, excitante, incontestable, et à ce titre il est utile

---

On doit les proscrire chez les gens affaiblis, quand le ventre est distendu.

Diurétiques et *diaphorétiques, sialagogues.* — Leur action est-elle réelle dans la scrofule? n'est-ce pas une pure supposition, conséquence des explications sur la cause prochaine. Plenck recommande la mastication des feuilles de tabac aux scrofuleux qui ont des tumeurs autour du cou et des mâchoires.

(1) Coindet, Brera, essayèrent les premiers ce médicament contre la scrofule (*Biblioth. universelle de Genève*, t. 14 et 16; *Arch. gén. de méd.*, t. 2, p. 430; *Saggio clinico*). Plus tard, Sablairolles (*Nouv. biblioth. médicale*, t. 2, p. 385; 1823), Benaben (*Revue méd.*, t. 4, p. 83; 1824), Gairdner (*Revue méd.*, t. 1, p. 490), Manson (*Recherches sur les effets de l'iode;* London, 1825), et tant d'autres dont on trouvera les travaux analysés dans la *Bibliothèque thérapeutique* de Bayle, préconisèrent également l'iode dans le traitement des scrofules; mais M. Lugol, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est certainement celui qui a le plus contribué à populariser l'usage de l'iode dans les maladies scrofuleuses. (M. Trousseau, *Traité de thérapeutique*, t. 1, p. 268.)

pour aider à la guérison de quelques affections scrofuleuses et pour améliorer l'état des scrofuleux; mais on exagère son importance quand on le considère comme un médicament héroïque et comme un spécifique.

En effet, si l'on consulte les travaux qui ont le plus contribué à populariser l'iode, et qui lui attribuent une grande valeur thérapeutique dans la maladie qui nous occupe (voy. les mémoires de M. Lugol (1), il est facile de s'assurer : 1° que tous

---

(1) L'iode, d'après M. Lugol, s'administre en boissons, en bains, en frictions, en injections; on peut s'en servir aussi sous forme de caustique.

Eau minérale iodurée.

N° 1. — Pour 250 grammes d'eau : iode, 2 centigrammes ½; iodure de potassium, 7 centigrammes ½.
N° 2. — 5 centig. d'iode, 10 centig. d'iodure de potassium.
N° 3. — 7 centig. d'iode, 12 centig. d'iodure.

Bains iodés pour les adultes.

Iode.	4 à 8 grammes.
Iodure de potassium. .	8 à 30 id.

Solution caustique.

Iode.	1
Iodure de potassium. .	1
Eau..	2

M. Baudelocque alterne l'usage des pommades résolutives suivantes :

les scrofuleux soumis à ce mode de traitement n'ont pas été guéris, qu'un certain nombre seulement sont dits l'avoir été; 2° que la plupart n'ont éprouvé qu'une amélioration marquée.

En effet, M. Lugol reconnaît lui-même que l'iode a été impuissant dans plusieurs cas, en particulier contre les affections graves des os.

De plus, dans presque toutes ses observations, il se borne à montrer le bon effet qu'a produit sa médication sur l'état des malades; mais les guérisons sont-elles radicales? qui le prouve? qui a suivi les malades après leur sortie de l'hôpital? Est-on en droit d'affirmer que la maladie a été guérie parce que quelques affections symptomatiques ont disparu? Mais on sait que c'est là souvent un phénomène qui survient spontanément dans le cours de la scrofule. Il y a des périodes d'amélioration, des intervalles de santé apparente, qui se rattachent à l'âge du sujet, à certaines formes, à certaines phases de la maladie,

---

Axonge, 30 grammes; iodure de potassium, 4 grammes.
id. iodure de plomb. . . 4 id.
id. iodure de mercure.. 2 id.

L'*iodure de fer* à l'intérieur, de 5 centigramm. à 50 centig. par jour, a été conseillé par Brera.

L'*iodure de soufre* a été employé pour la première fois par Biett, dans les affections tuberculeuses de la peau, en frictions.

Axonge. . . . . 4 grammes.
Iodure de soufre. . . . . 5 à 20 centig.

à l'influence des saisons, etc. etc. Il faut tenir grand compte de toutes ces circonstances, et c'est ce qui n'a pas été fait dans l'appréciation des guérisons attribuées à l'iode. Enfin, on a pris plus d'une fois des cas de syphilis (vieux ulcères, accidents tertiaires, etc.) pour des observations de scrofules guéries par l'iode.

Ces doutes que nous ne craignons pas d'émettre sur la vertu trop vantée de ce médicament contre la maladie qui nous occupe, sont aujourd'hui généralement partagées.

Malgré le témoignage favorable que M. Baudelocque a cru devoir rendre à l'action de l'iode dans la scrofule, les résultats qu'il en a obtenus ne sont pas bien remarquables et justifient notre peu de confiance.

« Sur soixante-sept ans enfants traités par l'iode, dit ce consciencieux observateur, quinze ont été entièrement guéris des *symptômes apparents* de la maladie, quatorze ont éprouvé une grande amélioration, une amélioration qui annonçait une guérison prochaine quand j'ai quitté le service; chez treize, il est survenu une amélioration beaucoup moins grande, mais qui laissait entrevoir cependant une guérison encore éloignée; cinq ont à peine éprouvé quelque changement avantageux dans leur état; enfin, vingt malades n'ont retiré absolument aucun bien de ce remède. » (*Études sur la malad. scroful.*, p. 283.) Il résulte de ce résumé qu'un tiers environ des malades n'a éprouvé abso-

lument aucune amélioration et que quinze seulement sur soixante-sept ont été entièrement guéris; encore M. Baudelocque ne dit-il que « guéris des *symptômes apparents* de la maladie. » Il ne va pas plus loin, et il semble craindre d'affirmer que la curation ait été définitive, radicale, que la maladie elle-même, et non pas seulement ses symptômes apparents, ait été guérie.

M. Baudelocque ajoute, il est vrai, mais sans le prouver, « que de tous les médicaments vantés pour le traitement des écrouelles, l'iode est incontestablement celui dont on peut espérer le plus d'avantages. » Toutefois il convient « que nous ne sommes pas si près qu'on l'a avancé du moment où l'on guérira les maladies scrofuleuses par l'iode comme on guérit les fièvres intermittentes par le kina, les maladies vénériennes par le mercure, etc. etc. »

Quoiqu'il en soit, si l'iode a quelque utilité *relative,* il resterait encore, ce qui n'a pas été fait, à déterminer les cas où il peut rendre des services et où l'on doit l'employer; il faudrait, pour en rendre l'usage légitime et régulier, établir nettement quelles en sont les indications et les contre-indications.

Tout ce qu'on peut dire, au moins, quant à présent, c'est que ce médicament, vanté outre mesure, est utile contre quelques symptômes, jusqu'à un certain degré, qu'il peut être nuisible quand on l'administre comme spécifique, c'est-à dire avec une confiance aveugle, et dans tous les cas possibles,

qu'enfin son action est ordinairement nulle relativement à la maladie elle-même, dont il ne détermine pas la guérison radicale.

Il nous reste à mentionner quelques autres médicaments qu'on a préconisés contre la scrofule.

Le *chlorure de cuivre ammoniacal*, aujourd'hui administré surtout en Allemagne, sous le nom de liqueur de Kœchlin (1), a été expérimenté par M. Baudelocque, qui n'a pas constaté « la grande efficacité que quelques personnes lui ont attribuée; » il a seulement produit certains accidents peu graves.

Le *charbon animal* (2), expérimenté par le même médecin, lui a paru tout à fait inerte.

Hufeland recommande le *sulfure noir de mercure* (3), et il en vante la prompte et salutaire influence sur les affections de la peau, les ophthalmies, les engorgements glanduleux, et la dureté du ventre; il associe le sulfure noir à une petite quantité de magnésie ou de rhubarbe.

Le *sous-carbonate de potasse* a été donné par Levret (4) comme un dissolvant de la lymphe; il en-

---

(1) Teinture bleue et verte de Stisser (solution alcoolique de chlorhydrate de cuivre ammoniacal). Helvétius recommandait ce médicament comme très-puissant contre la scrofule.

(2) Le Dr Weiss a publié, en 1829, un petit traité *ex professo* sur l'emploi de cette substance.

(3) Charmeil l'associait à la ciguë; Dumoulin, à l'ipécacuanha.

(4) Et par d'autres (voyez plus haut dans les notes sur différents sels).

tre dans la composition de l'élixir de Peyrilhe. M. Baudelocque en a poussé la dose à 45 grains par jour sans produire d'effets assez notables contre les affections des os, pour la guérison desquelles ce médicament a été surtout vanté. Cependant il reconnaît « que la dissolution du sous-carbonate de potasse employé en lotions, en bains locaux ou généraux, en injections, paraît exercer une influence avantageuse sur les ulcères, les fistules et les caries.

Le *chlorhydrate de baryte* fut mis en usage en 1784 par Crawford, puis successivement expérimenté par Hufeland (ouvrage publié à Berlin en 1794), par Fournier (1795), puis par un grand nombre de praticiens; ce médicament paraît jouir d'une incontestable efficacité dans certains cas.

« 22 malades, dit M. Baudelocque, ont été mis à l'usage de l'hydrochlorate de baryte (3 grains par jour, maximum); parmi ces 22 malades, 16 avaient été déjà traités par l'iode, le sulfure de mercure ou la liqueur de Kœchlin, soit sans succès, soit avec un succès incomplet... 3 malades ont été renvoyés guéris; 3 autres ont éprouvé une grande amélioration; l'état de 6 autres a été amélioré à un degré plus avancé; enfin, chez 10, l'effet de l'hydrochlorate de baryte a été très-peu marqué. » Le même médecin pense que ce médicament réussit mieux contre l'ophthalmie que contre toute autre affection scrofuleuse.

La *décoction de feuilles de noyer* a été employée par Jurine avec quelque succès dans les engorge-

ments lymphatiques; le docteur Borson, de Chambéry, l'a mise en usage et en a obtenu de bons résultats (1). Depuis, l'emploi de ce moyen s'est étendu, et plusieurs médecins ont eu à s'en louer.

L'*huile de foie de morue* (2) paraît avoir été très-utile dans un certain nombre de cas. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de reconnaître, dans les observations de guérison, la maladie à laquelle les auteurs avaient affaire. Plusieurs de ces faits sont sans doute des cas de scrofule, mais le plus grand nombre sont des observations de rachitisme, maladie contre laquelle l'huile de foie de morue est peut être plus efficace que contre celle dont nous nous occupons.

— Parmi tous les médicaments que nous venons d'énumérer, il en est beaucoup qui n'ont pas d'action sur la maladie elle-même, qui ne répondent à aucune indication générale, mais qui peuvent cependant exercer une influence réelle sur certains

---

(1) Il l'emploie à l'extérieur et à l'intérieur, sous forme de décoction, de sirop et de conserve.

La décoction de feuilles de noyer a-t-elle réellement plus d'action que tous les autres amers, dont l'usage a toujours été recommandé contre la scrofule?

(2) Remède populaire en Angleterre, en Hollande et sur les côtes de l'Allemagne. Percival (*Essays medical, philosophical and experimental*, t. 2; Warringthon, 1790) et Darbey (*London medical journal*, t. 3, p. 392), Schenck de Siegen (*Journal de Hufeland*, 1822), Elberlingen, de Berlin (*Dissertation inaugur.*, 1826), Reder de Rostoch (1826), Bettinger, de Vurzbourg (1827). (M. Trousseau.)

symptômes et sur plusieurs affections. Le discrédit dans lequel la plupart sont tombés vient de ce que les auteurs qui les ont recommandés ont voulu voir en eux des spécifiques; une réaction en sens inverse s'est opérée, et des remèdes qui peuvent rendre de véritables services dans des cas donnés et dans de certaines limites ont été, de cette façon, trop légèrement abandonnés.

Nous avons donc cru ne pas devoir passer sous silence les principaux d'entre eux. Ce sont là des moyens peut-être précieux qu'il ne faut pas négliger, et qui peuvent trouver leur application. Il y aurait pour chacun d'eux d'intéressantes recherches à faire, non plus sous le rapport du traitement de la maladie elle-même, mais au point de vue des indications secondaires et des affections symptomatiques auxquelles ils peuvent correspondre.

Indications tirées des formes de la maladie.

Dans la forme bénigne, le traitement n'a pas besoin d'être très-actif. Les moyens généraux que nous avons énumérés plus haut conviennent parfaitement. Quant aux affections locales elles-mêmes, il faut souvent les respecter, comme nous le verrons plus loin, de peur qu'il ne s'en manifeste de plus graves, ou du moins on ne doit pas chercher à les faire disparaître brusquement. Enfin, c'est surtout dans cette forme qu'il faut être réservé sur

l'emploi du traitement chirurgical, puisqu'elle guérit presque toujours spontanément.

La forme commune ne fournit aucune indication particulière; ses indications se confondent avec celles de la maladie elle-même.

Quant à la forme grave, il faut autant que possible substituer des affections plus légères à celles qui existent, rappeler le travail pathologique à la peau, sur les muqueuses, et tâcher de l'y fixer. Les métastases sont très à craindre, et s'il survient des accidents inflammatoires, il ne faut pas hésiter à les combattre énergiquement par les antiphlogistiques. L'opinion qui proscrit l'emploi de ces derniers chez les scrofuleux est une opinion banale qui peut être très-funeste dans certains cas.

La forme fixe primitive dans laquelle, comme nous l'avons dit, le mal semble localisé sur un point, ne contre-indique pas le régime et le traitement général. D'un autre côté, si l'affection résiste à tout traitement, si elle s'aggrave, si les désordres qu'elle détermine peuvent compromettre la vie, c'est le cas ou jamais de faire l'ablation de la partie malade. La forme fixe primitive est en effet une condition très-favorable pour l'application des moyens chirurgicaux; proscrit à tort par les uns d'une manière absolue, comme les antiphlogistiques, trop témérairement mis en usage par les autres, le traitement chirurgical peut rendre de grands services, mais à la condition expresse qu'il soit subordonné aux indications.

Indications tirées des causes, de la marche, de la durée, des terminaisons, etc.

Ces indications n'ont malheureusement pas encore été jusqu'ici convenablement étudiées : aussi nous ne prétendons qu'en signaler l'existence par quelques exemples.

Nous venons de parler, à propos de la forme grave, de la nécessité, quand la *marche* de la maladie prend un caractère aigu, d'agir énergiquement. Il est d'autres cas, au contraire, où un traitement actif est alors contre-indiqué, et ne ferait que précipiter davantage la marche déjà trop rapide du mal.

On doit tenir grand compte de la *durée*. Plus la maladie sera ancienne et invétérée, plus il faudra mettre de persévérance et d'opiniâtreté dans le traitement. La maladie guérie laisse quelquefois après elle des *phénomènes consécutifs* qui cèdent souvent à des moyens purement locaux.

Il est probable qu'aux différentes *périodes* de la scrofule correspondent divers agents médicamenteux, de même que pour la syphilis. Peut-être l'iode, le soufre et la ciguë, pour ne citer que ces substances, auraient une action bien plus efficace et bien moins controversée, si on les administrait successivement et suivant les périodes.

Quant aux *terminaisons*, il faut se bien garder de combattre les crises en les prenant pour des sym-

ptômes fâcheux, les favoriser au contraire, en provoquer même d'artificielles, surtout au moment de la puberté. On doit se rappeler aussi que l'état cachectique contre-indique certains agents très-actifs, comme les bains froids, les bains de mer, etc., tandis qu'on le modifie quelquefois très-avantageusement par le quinquina et par les changements d'air et de lieu.

Sous le rapport des *causes* et des *conditions de développement*, il faut insister surtout sur le régime dans la scrofule qui s'est développée dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il importe aussi de tenir compte de l'influence des saisons (voyez au chapitre des *causes*). Les médications ont en général plus d'action en été que pendant l'hiver, etc.

Enfin, les *complications* doivent être combattues directement, suivant leur espèce, et l'on ne doit pas alors trop se préoccuper de la scrofule elle-même.

Indications tirées des affections.

Écrouelles. — Le traitement particulier de ces tumeurs repose sur trois indications principales que Galien avait déjà signalées : les dissoudre, et si l'on n'y peut parvenir, les faire suppurer ou les extirper. Il est bien entendu, du reste, que ces indications ne sont que secondaires, et qu'avant tout on doit remplir celles qui regardent la maladie, ou ce

qu'on appelle aujourd'hui l'*état général* (1); en d'autres termes, et pour parler le langage vulgaire, il ne faut jamais combattre les affections externes avant d'avoir fait subir aux malades un traitement interne.

Les topiques fondants et résolutifs peuvent être mis en usage contre les écrouelles dans la première période de leur évolution; cependant il faut être très-réservé à cet égard et n'agir qu'avec prudence. Boyer conseille de ne rien faire contre les engorgements ganglionnaires indolents, et la plupart des auteurs signalent le danger des métastases. Il est un autre inconvénient moins grave, il est vrai, dans certains cas, c'est la parfaite inutilité de cette médication. Elle échoue en effet presque toujours, quand les ganglions sont arrivés à un degré avancé de transformation, et elle ne fait souvent que résoudre l'engorgement du tissu cellulaire ambiant. Il est bon d'être prévenu de ce dernier phénomène, très-commun, qui peut être une cause d'illusion.

Quoi qu'il en soit, les frictions avec les pommades résolutives, telles que celles d'iodure de plomb, d'iodure de potassium, d'iodure de mercure, devront être faites sur les tumeurs: ce sont là les substances le plus généralement employées de nos jours. Pour que leur action soit plus efficace, il est bon d'en

---

(1) Sous le nom d'état général, on désigne aussi l'état des forces.

suspendre l'emploi de temps à autre ou d'en changer la nature.

De tout temps, on s'est servi de topiques analogues pour obtenir la résolution des écrouelles. Nous avons rassemblé dans la note ci-jointe (1) les prin-

---

(1) *Topiques résolutifs.* — Sel commun ou sel marin, huile de tartre, savon de Venise. Faure recommande le savon commun dissous dans la lessive de chaux vive ; on peut y joindre l'extrait de ciguë. Les lotions d'eau marine, et le liniment suivant : parties égales d'eau marine et de vésicules de chêne marin, cueillies dans le mois de juillet et laissées ensemble macérer pendant dix ou quinze jours, sont fortement recommandées par Russell. L'éponge brûlée était une des substances les plus employées.

Les frictions mercurielles, l'emplâtre de Vigo, etc., sont surtout utiles dans les écrouelles compliquées de syphilis (Kortum).

La ciguë, soit sous forme d'herbe fraîche pilée, soit dissoute dans de l'eau ordinaire, de l'eau de mer, de l'eau de chaux, de l'eau salée, dans du vinaigre, dans une solution de sucre de saturne, ou en extrait appliqué comme liniment, ou bien enfin sous forme de cataplasmes, a produit des résultats fort curieux.

La digitale pourprée en onguent, en emplâtre, en cataplasmes, a été quelquefois utile.

Le romarin, le fiel de bœuf mélangé à un liniment savonneux, les feuilles pilées de la douce-amère en cataplasme, avec de la mie de pain, l'extrait de belladone, l'opium, la carotte, la scrofulaire, la chélidoine, les feuilles d'aloès, de marrubium, les feuilles de tabac, de cyprès, la racine de bryone, etc. etc.

cipaux d'entre eux; il en est qui ont joui à juste titre d'une réputation méritée, tels sont en particulier les emplâtres, les liniments, composés avec la ciguë. Cette dernière substance a plus d'une fois réussi contre les tumeurs anciennes et volumineuses.

Ces dernières, surtout lorsqu'elles persistent après la disparition des autres symptômes de la scrofule, et quand elles restent comme phénomènes consécutifs, doivent être combattues à l'aide des résolutifs plutôt que les engorgements ganglionnaires peu apparents, mais très-nombreux, qui, suivant quelques bons observateurs (Kortum en particulier), sont un signe de la coexistence d'engorgements internes de la même nature.

Cullen dit que les cataplasmes et les fomentations humides sont nuisibles aux tumeurs strumeuses.

Cependant, l'exposition à la vapeur d'eau chaude aiguisée d'un peu de vinaigre, ou à des vapeurs aromatiques suivie de frictions, est souvent très-utile. Il en est de même des remèdes suivants :

Fumigations sèches, douches sulfureuses, épithèmes secs, herbes aromatiques avec ou sans camphre, cendres chaudes, sel et sable chauds.

Eau végéto-minérale, huile animale de Dippel, gomme ammoniaque, térébenthine; nombre infini de formules dans les auteurs.

La constriction appliquée par un certain empirique est flétrie par Kortum, t. 2, p. 179.

Celse cite un certain nombre de préparations pour résoudre les écrouelles, dans lesquelles entrent les résines, la cire, le soufre, la myrrhe, l'encens, le safran, etc. etc.

Il ne faut pas favoriser la suppuration des écrouelles, mais la hâter seulement, si elle est devenue inévitable, et si elle se fait trop lentement. Selon la juste remarque de Boyer, si l'ouverture spontanée paraît devoir se faire promptement, il faut abandonner la tumeur à elle-même; si au contraire elle semble devoir longtemps tarder, il est bon, pour prévenir la formation d'une ulcération irrégulière et difficile à cicatriser, d'employer l'instrument tranchant; mais il ne convient d'inciser la tumeur abcédée que quand elle est complétement ramollie.

Beaucoup d'auteurs préfèrent à l'instrument tranchant le cautère potentiel, qui contribue à achever la fonte purulente (1).

« Noxia est curatio, dit Sauvages (*Nosol. méthod.*, t. 3, p. 409), « si per externa suppurantia vel quod « pejus caustica, aut demum per excisionem tente- « tur; indè enim uberius strumæ progerminant,

---

(1) M. Baudelocque se loue beaucoup de l'emploi du caustique de Vienne, dont il a légèrement modifié la composition (parties égales de potasse caustique et de chaux vive). Il détruit toute la peau amincie et dont la couleur est altérée. « Toutes les fois, dit-il, que j'ai eu recours au bistouri ou à la lancette, je n'ai pu obtenir la guérison qu'après avoir excisé toute la peau qui avait été amincie et décollée. Jamais cette peau ne reprend son épaisseur, sa vitalité : elle n'est plus susceptible de se réunir aux parties sous-jacentes. L'emploi du caustique, lorsqu'il a été bien appliqué, a toujours évité une seconde opération. »

« acrius inflammantur, pertinacius exulcerantur. » Cependant, bien qu'il soit vrai qu'une tumeur enlevée dans un point, de nouvelles apparaissent très-souvent dans un autre endroit, et qu'il puisse même résulter de l'ablation des conséquences plus graves encore, il est certains cas, néanmoins, dans lesquels ce moyen chirurgical, dont il ne faut user que très-rarement et avec beaucoup de prudence, peut être indiqué.

S'il n'existe, par exemple, qu'une tumeur isolée, très-gênante, dangereuse pour la vie du malade, ou devant entraîner une interminable suppuration; si tout le travail morbide paraît concentré sur ce point; si surtout les autres symptômes de la maladie ayant disparu, il ne reste plus que cette lésion, comme phénomène consécutif, on peut enlever la tumeur à l'aide de l'instrument tranchant ou la détruire par des applications successives du caustique de Vienne, comme le fait souvent avec succès M. Ricord, dans le bubon scrofuleux (1-2).

---

(1) Voyez le mémoire de M. Gabalda, cité plus haut, sur le bubon scrofuleux.

(2) Le fer rouge autrefois employé est abandonné de nos jours.

Cautère potentiel. — Bordeu dit que la cautérisation est souvent très-utile et la préfère toujours à l'instrument tranchant. Si la tumeur est superficielle, mobile, isolée, circonscrite, il vaut mieux avoir recours au couteau. Les caustiques ne conviennent pas aux tumeurs volumineuses (Kort.).

Ulcères scrofuleux. — Ces ulcères contre-indiquent tous les topiques chauds, relâchants, émollients. Ceux qui sont d'une nature contraire leur conviennent parfaitement. Telles sont la poudre de quinquina, les lotions sulfureuses, iodurées, l'application de linges imbibés de ces substances, et un certain nombre de moyens analogues (1).

Pour donner un meilleur aspect aux ulcères, les caustiques peu énergiques conviennent très-bien ; ils détruisent les callosités, et déterminent souvent une suppuration de bonne nature : tels sont le précipité rouge, les trochisques de minium, la pierre infernale, l'alun, l'iode caustique, etc.

La ponction suivie d'une injection irritante convient souvent dans les tumeurs enkystées qui contiennent un liquide.

Les sétons et les vésicatoires ont quelquefois été appliqués avec succès à la suite de certaines tumeurs scrofuleuses (Kortum).

(1) Décoction de quinquina dans l'eau de chaux ; solution de tartrate de potasse, huile de tartre; compression ; eau de chaux et cendres de sarment (Faure), eau marine (Russell). Plenck recommande contre les ulcères scrofuleux et le spinosa ventosa ouvert le topique suivant : *rec. aq. stillat. cicutæ, lib.* 1 ; *extr. cicut.*, ℥j ; extr. myrrh., ℈j ; mell. chelid., ℥j ; misce. L'onguent avec la poudre de digitale; les cataplasmes de carotte contre les ulcères de mauvaise nature; la térébenthine, l'alun, la céruse, les sels de plomb, etc. etc., ont été préconisés par différents auteurs et dans des combinaisons diverses. J. Hunter appliquait avec succès une solution opiacée sur les ulcères douloureux.

C'est une mauvaise pratique que d'enfermer pendant de longues heures les ulcères scrofuleux sous un épais bandage. Il vaut mieux les panser avec des linges mobiles imbibés d'un liquide froid. L'eau pure a souvent réussi seule à Cullen.

Si l'ulcération recouvre une carie, il faut faciliter l'issue du pus et du séquestre.

Quand une partie seulement d'une tumeur scrofuleuse est suppurée, il ne faut pas se hâter d'obtenir la cicatrisation.

Si une ulcération ancienne tend vers la cicatrisation, c'est une bonne précaution d'établir un cautère à peu près de la même grandeur.

Si les ulcères sont compliqués de fistules, il faut remédier à ces dernières au moyen d'injections, de topiques irritants, de caustiques, etc.

Les cicatrices qui succèdent aux ulcères scrofuleux sont ordinairement difformes. « On préviendra constamment la difformité de ces cicatrices en détruisant la peau décollée, soit avec l'instrument tranchant, soit avec les caustiques. Le caustique que je préfère est encore la pâte faite avec l'alcool, la chaux vive et la potasse. Mais comme cette pâte agit mal sur les surfaces humides, il faut avoir le soin, avant de l'appliquer, de recouvrir tout ce qui est ulcéré avec de la charpie, et de bien essuyer la peau que l'on veut détruire.

« ..... On ne doit jamais opérer cette destruction de la peau avant que le fond du foyer ne soit disposé à se cicatriser... Il ne faut pas toujours se hâ-

ter de détruire la peau décollée aussitôt que l'engorgement s'est dissipé. Si cette peau a conservé une certaine épaisseur, si sa couleur ne diffère point de celle des parties voisines, on doit tenter d'en obtenir le recollement, et dans ce but, on stimule à l'aide d'injections irritantes les surfaces ulcérées, après quoi on les maintient en contact à l'aide d'une pression légère. » (M. Baudelocque.)

Si l'on ne réussit pas par ce dernier moyen, il faut ne pas tarder et détruire la peau. « Cette destruction aura alors le double avantage de procurer une guérison plus rapide et une cicatrice exempte de difformité » (ibid.).

Abcès. — Parmi les abcès scrofuleux, les uns, comme nous l'avons vu, affectent une marche plus ou moins aiguë; les autres, au contraire, ont une évolution lente et chronique, et sont désignés sous le nom d'abcès froids. Les premiers doivent être traités comme les abcès phlegmoneux (cataplasmes emollients, ouverture à l'aide du bistouri aussitôt que la fluctuation est évidente). Quant aux seconds, le traitement propre aux écrouelles leur convient à peu de chose près. On doit chercher d'abord à en obtenir la résorption au moyen des topiques résolutifs. Un vésicatoire appliqué sur quelques-uns de ces abcès en a, dans certains cas, déterminé la disparition. Si la collection purulente persiste, si la fluctuation est bien évidente, et que la peau commence à rougir, l'ouverture artificielle par l'instrument tranchant, ou mieux à l'aide des caustiques, est formellement indiquée.

Pour favoriser le recollement des parois du foyer, si l'abcès est volumineux, on peut souvent employer avec avantage les injections irritantes et en particulier les injections iodurées.

Ophthalmie. — Malgré la ténacité ordinaire de cette affection, on doit la combattre par les moyens suivants :

Si l'ophthalmie est bornée au bord libre des paupières ou à la conjonctive, on aura recours au nitrate d'argent sous forme de collyre, à la pommade au précipité rouge (1), aux purgatifs répétés (2), aux vésicatoires derrière les oreilles, à la nuque, aux bras, sans parler du traitement général, et particulièrement du quinquina, qui est indiqué d'une manière toute spéciale suivant un certain nombre d'auteurs (3).

Les cautères, le séton, longtemps entretenus, sont utiles dans les ophthalmies les plus rebelles.

Dans la kératite, indépendamment des moyens précédents, on peut avoir recours au nitrate d'argent, au laudanum, aux poudres de calomel, de bismuth, de tuthie, et aux collyres résolutifs.

Il est un préjugé malheureusement trop répandu :

---

(1) Les mercuriaux ont toujours été recommandés dans l'ophthalmie scrofuleuse.

(2) Surtout au calomel.

(3) Macbride, entre autres, dit que chez les scrofuleux on obtient rarement la guérison de l'ophthalmie si l'on n'administre le quinquina.

c'est que le traitement antiphlogistique doit être toujours proscrit dans l'ophthalmie scrofuleuse.

Sans doute le plus communément, les émissions sanguines sont à peu près inutiles, et sont contre-indiquées par l'état des forces; mais quand l'ophthalmie se développe d'une manière aiguë, comme cela se voit assez souvent, ou prend tout à coup une violence extrême, si on ne la combat pas énergiquement par les émissions sanguines, comme une inflammation franche, on s'expose à voir survenir en très-peu de temps la perte complète de l'œil.

Les nuages, les taches de la cornée, se dissipent plus ou moins complétement à l'aide d'instillations de laudanum, d'insufflations de calomel en poudre, ou sous l'influence de cautérisations légères et répétées (1).

Les ulcérations doivent être cautérisées par le nitrate d'argent. Si les vaisseaux qui s'y rendent sont volumineux et superficiels, il est bon de les cautériser également ou de les exciser.

---

(1) «Janin refert expertus maculas corneæ pertinacissimas «ex vitio scrofuloso ortas cortici peruviano penitus cessisse. «inter numerosa topica quæ ad corneæ macula laudantur, «multa collegerunt Volger (*Dissert. de macul. corn.;* Got-«ting., 1778) et Clar. Nicolai. Ea hic potissimum eligenda «sunt quæ causæ scrofulosæ respondent uti unguent. Cum «mercur. præcip. rubro, cicuta, antimonialia v. c. aqua be-«nedict. Rulandi (Selle), decoct. cort. peruv. cum pauco «sapone, extract. cicut. mistum, etc.» (Kort., t. 2, p. 347.)

« Lorsque les points malades sont épaissis, granuleux, exactement circonscrits, ou en forme de lambeau imbriqué sur la cornée, la cautérisation ou l'excision convient encore » (M. Velpeau). Ces moyens s'appliquent également au pannus, aux végétations de la cornée, etc.

« Lorsque l'iris est pris, les collyres stimulants sont inutiles; on les remplace par la pommade mercurielle belladonisée en frictions autour de l'orbite, ou par les collyres laudanisés et belladonisés, en même temps que sont prescrits les saignées et le calomel à haute dose » (id., Dictionnaire en 30 vol.).

On doit tenter contre le ptérygion les topiques astringents, les caustiques, et enfin l'excision d'une portion de la muqueuse (1).

— Janin, Kortum, etc., ne recommandent contre la cataracte et l'amaurose qui surviennent quelquefois chez les jeunes scrofuleux, que les remèdes généraux dirigés contre la scrofule elle-même. Ils insistent surtout sur l'usage du quinquina, de la ciguë (2), et des purgatifs (tirés des mercuriaux) dans l'amaurose. On comprend du reste que tout traitement échoue, quand cette dernière affection est due à une tumeur scrofuleuse qui comprime

---

(1) Pour plus de détails sur cette ophthalmie, voyez les traités spéciaux.

(2) Cas de guérison, par la ciguë, d'un enfant de 13 ans, qui présentait une cataracte double en même temps que d'autres affections scrofuleuses. (Chemin, *Journal de méd.*, t. 24, p. 266.)

le nerf optique, ainsi que Sauvages en cite un exemple.

Tumeurs blanches (1). — Dans la première période des tumeurs blanches et tant qu'elles ne présentent pas de phénomènes inflammatoires marqués, on peut essayer des topiques résolutifs et excitants dont nous avons parlé à propos des engorgements écrouelleux (iodure de plomb, iodure de potassium, emplâtres de Vigo, emplâtres de ciguë, etc., douches de vapeur, douches sulfureuses); les vésicatoires volants promenés autour de la tumeur sont recommandés par Boyer, beaucoup plus encore que les moxas, les cautères et la cautérisation par le fer rouge, qui néanmoins ont été dans quelques cas employés avec succès.

Quand il survient de l'inflammation, il importe de la combattre par les moyens appropriés et avec une certaine énergie. C'est en effet une complication fâcheuse et qui augmente ordinairement les progrès du mal. Quand les phénomènes inflammatoires sont passés, on peut revenir aux moyens précédemment énumérés.

Il y a indication formelle, selon les auteurs les plus recommandables, de mettre la partie affectée dans un repos absolu, pour éviter d'une part,

---

(1) Ne parlant ici que des indications spéciales tirées de l'affection, nous ne revenons pas sur le traitement général qui convient à tous les scrofuleux. Cette observation s'applique à toutes les affections.

dans les commencements, les douleurs et la fatigue que les mouvements de l'articulation pourraient produire, et d'un autre côté, pour favoriser, quand l'affection est déjà arrivée à un degré avancé, la terminaison par ankylose. Une pratique tout opposée est suivie à l'hôpital Saint-Louis, dans le service des scrofuleux, où l'on dit s'en trouver fort bien. Cette pratique tend à remplir, il est vrai, cette autre indication, de ne pas mettre les malades dans un repos absolu, mais de leur faire prendre le plus d'exercice possible. Cependant elle peut avoir de très-fâcheuses conséquences, et n'est d'ailleurs possible que quand l'affection est peu intense ou peu avancée. On doit s'en tenir au vieux précepte qui recommande l'immobilité du membre malade; du reste, il est dans quelques cas un moyen de tout concilier, quand à l'aide de bandage inamovible on peut maintenir la partie souffrante dans le repos, tout en laissant le reste du corps parfaitement libre de tous ses mouvements.

Quand il survient des abcès, surtout s'ils sont accompagnés de phénomènes franchement inflammatoires, il ne faut pas trop craindre de les ouvrir largement, quand bien même ils communiqueraient avec l'articulation.

Enfin, si les désordres sont très-graves, si le mal paraît incurable et surtout s'il menace par lui-même la vie du malade, s'il n'existe pas en même temps d'autre affection scrofuleuse, si les organes

les plus importants à la vie sont dans un bon état, l'amputation est indiquée (1).

« Il est plus convenable, dit Boyer, d'attendre pour faire l'amputation que la maladie (l'affection) soit parvenue à son plus haut degré et que les forces du malade soient considérablement diminuées. »

Il faut bien distinguer cet état de faiblesse produit par une affection locale grave, qui détermine une abondante suppuration et qui semble concentrer tout le travail morbide, de l'état cachectique qui survient dans la dernière période de la scrofule. Le premier peut être une indication favorable à l'emploi des moyens chirurgicaux, le second les contre-indique ordinairement.

Il est une précaution qu'on néglige trop souvent peut-être après les opérations chez les scrofuleux, c'est d'établir un point de suppuration qui puisse pendant quelque temps au moins suppléer à la lésion qu'on a tout à coup fait disparaître.

On doit être très-réservé, du reste, en fait d'opérations chirurgicales chez les scrofuleux. Il faut généralement attendre la révolution qui s'opère à la puberté, parce que, d'une part, on a quelques chances de voir guérir spontanément (2), à cette époque,

---

(1) Ou du moins la résection, si elle peut être pratiquée préférablement à l'amputation.

(2) « Nonnunquam malum omnibus remediis resistens et « immutatum manens post aliquot annos sponte sanescit. » (Kortum.)

des affections qui ont jusqu'alors résisté à tout traitement, et que, d'une autre part, si quelqu'une de ces affections persiste, ce n'est quelquefois que comme phénomène consécutif (la maladie elle-même pouvant être considérée comme guérie), et alors, si l'on pratique l'opération, le malade est dans de bien meilleures conditions. Tandis que chez les enfants il arrive de deux choses l'une, ou bien les affections des os dont nous parlons sont survenues rapidement après les autres symptômes qui les précèdent ordinairement, ou bien elles sont survenues d'emblée. Or, dans les deux cas on peut être à peu près certain d'avoir affaire à une scrofule grave (1), et les amputations dans cette forme de la maladie sont au moins inutiles, de nouveaux désordres ne tardant pas à se manifester.

Ce qui précède suffit pour faire voir combien il importe de n'admettre qu'avec une grande prudence l'intervention de la chirurgie, si utile quand elle répond aux indications, si cruellement et si ridiculement nuisible, lorsqu'elle est aveugle et inintelligente et qu'elle est dirigée *quand même* contre des lésions, sans qu'il soit tenu aucun compte de la maladie dont elles ne sont que l'expression (2).

---

(1) Il se pourrait que ce ne fût qu'une scrofule fixe primitive, mais alors on peut et on doit attendre pour voir s'il ne survient pas d'autres lésions.

(2) Pour quelques indications secondaires et les détails qui se rapportent aux tumeurs blanches en particulier, nous sommes obligé de renvoyer aux traités de chirurgie.

Carie des vertèbres. — Quelle que soit la partie du rachis affectée, on doit, aussitôt que l'existence de la lésion s'est révélée, déterminer sur la région correspondante du cou, du dos ou des lombes, une suppuration abondante et longtemps entretenue. Préconisé par Pott, ce traitement local a reçu la sanction du temps et de l'expérience : « Nous pouvons, dit Boyer, assurer que ce moyen n'a jamais trompé nos espérances, toutes les fois que le cas était de nature à le permettre et qu'il a été possible de l'employer avant que la suppuration (1) fut survenue »; de larges cautères, au nombre de deux ou même de quatre à la fois, sont le remède le plus efficace que l'on puisse mettre en usage. Quand, au bout d'un certain temps, la suppuration devient languissante ou se tarit, il est nécessaire d'en appliquer de nouveaux. « Il est bien rare qu'on tarde à obtenir des effets manifestes de ce moyen, surtout s'il a été employé à temps.....; mais on serait dans l'erreur si l'on s'en tenait là et si on laissait cicatriser les cautères, regardant ce premier effet comme tout le bien qu'on en peut retirer. Il faut agir longtemps pour rompre d'une manière durable l'habitude que la nature a contractée; si l'on renonce trop tôt aux cautères, si l'on n'entretient pas leur suppuration avec soin pendant longtemps, même après le rétablissement le plus complet, on voit la maladie faire

(1) Il désigne par ce mot la fonte purulente ou tuberculeuse des vertèbres.

de nouveaux progrès et tous les symptômes se reproduire. Il est donc très-important d'entretenir la suppuration des cautères pendant plusieurs mois et quelquefois même pendant quelques années..... Que dire du repos, et des applications excitantes sur l'épine, qui ont été recommandées? Ces derniers moyens, s'ils sont employés seuls sont absolument nuls; employés subsidiairement et de concert avec les cautères, s'ils ne sont pas utiles, au moins ils ne seront pas nuisibles. » (Ibid.)

Il est une précaution importante, c'est de prendre garde qu'il ne survienne de la fièvre sous l'influence de ces larges cautères; quelques topiques émollients, même au besoin la suppression momentanée, quelques autres moyens, comme l'usage intérieur du quinquina, suffiront pour prévenir cet accident ou pour y remédier.

Abcès par congestion. — Les abcès par congestion ne sont pas par eux-mêmes une source d'indications importantes. On doit se préoccuper avant tout de porter remède à la lésion dont ils sont le plus souvent une conséquence. Il n'est pas nécessaire et il est souvent très-nuisible d'en pratiquer l'ouverture, même avec la précaution de ne faire qu'une petite incision ou même qu'une ponction sous-cutanée, et de ne pas vider tout d'un coup la poche du liquide qu'elle contient; l'ouverture de ces abcès par une large incision est souvent encore plus dangereuse. Quelle que soit la méthode qu'on emploie pour donner issue à la matière que contiennent ces kystes, on

voit ordinairement se manifester une aggravation notable de l'état du malade, et la mort ne tarde pas à survenir. Il vaut mieux s'abstenir de toute opération chirurgicale, d'autant plus que, ces tumeurs étant constituées par un kyste plus ou moins volumineux, on n'a pas à craindre les accidents que détermine une collection purulente ordinaire abandonnée à elle-même. Le seul cas dans lequel on pourrait tenter avec quelque succès l'ouverture d'un abcès par congestion, serait celui où on aurait de grandes raisons de croire l'affection osseuse guérie, et où le kyste lui-même serait peu volumineux; encore dans ce cas l'abcès par congestion peut-il, comme on l'a vu dans certaines circonstances malheureusement trop rares, se résorber spontanément.

Carie du sternum, des côtes, etc. — Si l'affection s'annonce par un gonflement indolent, l'application des topiques stimulants et résolutifs est indiquée. On peut aussi avec avantage déterminer une dérivation plus ou moins puissante à l'aide de cautères appliqués dans le voisinage.

S'il se forme une tumeur inflammatoire, on doit recourir aux topiques émollients.

Si la tumeur grossit, devient fluctuante, on doit l'ouvrir au moyen de l'instrument tranchant, ou mieux de la potasse caustique.

« Quand la carie est superficielle, peu étendue, on retire de bons effets des bains locaux (des lotions ou des injections), avec une décoction de plantes aromatiques ou détersives, telles que le thym, la

sauge, le romarin, les feuilles de noyer, la pervenche, etc. Les bains alcalins (ou des lotions alcalines) obtenus par une lessive de cendres de bois neuf ou par la dissolution de carbonate de soude ou de potasse dans l'eau; les bains sulfureux, savonneux, produisent aussi dans ces cas d'excellents résultats» (J. Cloquet). Il en est de même des douches sulfureuses, des injections iodurées. Quand l'os carié était à découvert, les anciens y appliquaient diverses poudres, telles que celles d'euphorbe, de sabine, etc., ils employaient pour le même usage le sulfate de cuivre, le vert-de-gris, etc. Aujourd'hui on se sert plutôt des teintures de myrrhe, d'aloès, de benjoin, et d'eau-de-vie camphrée.

Il importe surtout, si l'altération est très-étendue, de favoriser l'issue du pus et la sortie des séquestres qui peuvent se former; de plus, si la constitution du malade n'est pas très-affaiblie, si les désordres locaux agissent d'une manière fâcheuse sur l'état général, s'il n'existe pas d'autre affection grave, on peut mettre en usage des moyens plus actifs. C'est alors qu'il est indiqué de recourir à l'application, sur l'os carié, des caustiques, du fer rouge; dans le cas où une collection purulente s'est formée derrière le sternum, une ouverture faite à l'aide d'une couronne de trépan ou même l'ablation d'une partie plus ou moins considérable de cet os peut être nécessaire. Il est également bon, dans quelques cas analogues, d'enlever des portions de côtes, dont la présence entretient une suppuration intarissable.

Les pseudomembranes qui se sont formées autour de la collection purulente et l'isolement qui s'est opéré entre les parties saines et les parties malades (voyez plus haut la description de ces affections) font que ces opérations sont au moins sans danger (1).

Caries des pieds et des mains. Faux spina ventosa. — Un grand nombre de ces caries, particulièrement celles qui siégent sur les phalanges des pieds et des mains, surtout chez les enfants, se guérissent spontanément, au bout d'un certain temps; elles ne fournissent aucune indication particulière, seulement elles contre-indiquent le plus souvent toute opération qui aurait pour but d'enlever la partie affectée (2).

---

(1) Boerhaave mettait en usage les sudorifiques pour guérir des affections des os qui lui avaient paru incurables jusqu'à l'emploi de cette méthode. (*Prax. med.*, p. 2, p. 288; Van Swieten, comment.)

«Cortex peruvianus, quotidie a ʒij ad ʒβ datus, sæpe et «externe fomenti forma applicatus (juncta sæpe diæta lac-«tea), mox bonum pus generavit, puerosque plurimos cu-«ravit.» (De Haen, *Rat. medendi*, p. 3, p. 192.)

Werlhof avait aussi coutume d'administrer contre la carie, et avec succès, le quinquina uni à la garance.

Leidenfrost (dissert. cit., § 11-13) vante les bons effets de la grande chélidoine employée comme tonique avant que la peau soit ulcérée.

(2) Nous avons vu que les nécroses véritables étaient assez rares chez les scrofuleux. Quand il en existe, la seule

Carie du rocher. — Cette affection, si grave par la funeste terminaison qui en est ordinairement la conséquence, doit être combattue par l'application de larges cautères au voisinage de l'os affecté. Il importe, comme dans la carie vertébrale, d'entretenir pendant très-longtemps cette suppuration artificielle. Il faut être très-réservé sur les injections détersives ou irritantes par le conduit auditif; on doit toujours être en garde contre la propagation du mal vers l'intérieur de la cavité crânienne. Il importe de favoriser l'écoulement du pus au dehors, soit par le conduit auditif externe, soit par la voie qu'il s'est frayée, dans le cas assez fréquent où la carie s'est développée ou étendue du côté des cellules mastoïdiennes. Si l'inflammation se propage aux méninges et au cerveau lui-même, il faut la combattre de la manière la plus énergique; mais tous les efforts sont le plus souvent alors inutiles.

Spina ventosa. — Il ne s'agit ici que du spina ventosa véritable (voyez la description que nous en avons donnée). Sauf le traitement général, il n'y a rien à faire en particulier contre cette affection; du moins on ne connaît rien jusqu'à présent qui puisse en empêcher le développement. Quand la tumeur a atteint un énorme volume, qu'elle s'est ulcérée en différents points et qu'il se fait par

---

indication importante à remplir, c'est de favoriser la sortie du séquestre.

les ulcérations des hémorrhagies abondantes, l'amputation est indiquée, à moins que le malade ne soit dans un état cachectique ou bien qu'il ne présente quelque autre affection grave ou menaçant de le devenir.

Phthisie scrofuleuse. — Cette affection ne fournit que fort peu d'indications spéciales. Tous les moyens que nous avons mentionnés à propos des indications générales tirées de la maladie elle-même (voyez plus haut) peuvent être mis en usage soit pour remédier à la phthisie scrofuleuse quand elle n'est pas encore très-avancée, soit pour la prévenir. Kortum recommande, dans cette dernière intention, de fortifier les poumons avec le reste du corps au moyen des bains froids, du quinquina, des ferrugineux.

Sauvages signale l'utilité du fer et des martiaux donnés à petite dose et pendant longtemps soit pour prévenir, soit pour guérir la phthisie scrofuleuse.

Morton rapporte plusieurs faits de guérison de cette affection par le quinquina ; il recommande aussi d'autres médicaments. Voici ses propres paroles : « Non « dubito quin prudenti delectu et frequenti mutatione « tenuis et aprici aeris et longo usu medicaminum, « balsamicorum, mercurialium, millepedarum, cha- « libeatorum, præcipue vero aquarum mineralium « atque aliorum antiscrophulosorum remediorum « isti tumores in his æque ac in aliis partibus con- « sumi possint, atque inde æger liberari a scrofuloso

« et phthisico statu ; quod sæpius experti sumus » (1).

C'est surtout dans la phthisie scrofuleuse que les voyages et le changement d'air sont utiles.

Si à l'aide du traitement on ne peut obtenir la guérison de cette affection, du moins peut-on en rendre la durée presque indéfinie, et quelquefois au moyen seulement d'un bon régime, il est possible de maintenir la lésion dans un état stationnaire.

Les dérivatifs, les exutoires, sont des adjuvants très-utiles, et c'est une impérieuse indication de raviver une affection moins grave, une éruption cutanée, par exemple, dans le cas où la disparition d'une semblable affection aurait précédé le développement de la lésion pulmonaire.

Quand il survient de la fièvre, quand l'affection paraît marcher d'une manière assez rapide, qu'il y a des hémoptysies, les remèdes trop stimulants, les

---

(1) Il attribuait beaucoup d'efficacité aux pilules suivantes :

R. Milleped., præpar. . . . . ʒiij
Gumm. ammo. depur. . . . . ʒiβ
Flor. benzoin. . . . . ϑij-ʒj
Extr. croc. . }
Bals. peruv. } . . . . . ϑβ
Bals. sulf. térébinthinat.
s. anisat. . . . . q. s.
Fac. pil. mediocres.

Ces pilules, suivant Morton, contribuent puissamment à la guérison, non-seulement dans le commencement de l'affection, mais encore quand elle est déjà assez avancée.

eaux minérales, ferrugineuses et sulfureuses, sont contre-indiqués.

Lorsqu'au contraire les symptômes graves diminuent, que l'affection semble s'améliorer notablement et que le malade est très-affaibli, les amers et le quinquina devront être administrés pour consolider la guérison, s'il peut être permis de l'espérer.

Tubercules du cerveau. — Il n'y a, dans l'état présent de nos connaissances, aucune indication particulière bien précise qui soit fournie par cette affection. Quand on en soupçonne l'existence, on peut essayer des cautères ou du séton à la nuque.

Méningite tuberculeuse. — Ce que nous venons de dire s'applique malheureusement aussi à la méningite tuberculeuse, contre laquelle les vomitifs, les purgatifs, les dérivatifs de toute sorte, les frictions mercurielles, sont conseillés, mais le plus souvent inutilement.

Carreau. — Les médicaments qui ont été les plus vantés contre cette affection sont : la ciguë, le calomel, les frictions mercurielles, l'huile de foie de morue, le savon (1), les iodures, les ferrugineux seuls ou associés à la rhubarbe (2) ou aux extraits amers, le chlorhydrate d'ammoniaque et de fer, l'acétate de

---

(1) Le savon était donné par Boerhaave aux enfants en chartre.

(2) Les purgatifs toniques sont, d'après Baumes, ceux qui réussissent le mieux.

potasse (1), etc. Parmi ces moyens, l'emplâtre de ciguë n'est pas un des moins actifs. C'est surtout quand les petits scrofuleux sont affectés du carreau qu'il importe de faire observer les règles que nous avons signalées à propos du régime alimentaire. L'eau de chaux, l'eau de Seltz, associées au lait d'ânesse, ont paru quelquefois produire de très-bons résultats.

Péritonite tuberculeuse. — Comme toutes les affections tuberculeuses, et surtout celles qui sont accompagnées d'inflammation, la péritonite tuberculeuse n'est la source d'aucune indication ou n'en fournit que d'incertaines, d'obscures ou de contradictoires. Si elle n'affecte qu'une marche lente, et qu'elle ne présente pas de symptômes très-aigus, les résolutifs, dont nous avons parlé plus haut, peuvent être mis en usage ainsi que quelques autres médicaments prescrits contre le carreau. Dans le cas contraire, on devra recourir aux onctions mercurielles et aux

---

(1) L'acétate de potasse (terre foliée de tartre), à la dose de 6 grains, mêlés à 2 grains de poudre de ciguë, trois fois par jour, a eu, selon le Dr Guenet, de grands succès comme fondant (Dict. en 60 vol.; voy. art. ATROPH. MÉSENT.).

— Les compositions dans lesquelles le mercure et le fer jouent le principal rôle sont les suivantes : eau de mercure de Theden, essence douce de Stahl, pilules de Gisler, de Plummer et de Rosen.

— L'*opiat mésentérique* consiste dans l'association de la gomme ammoniaque, du séné mondé, du calomel, de la racine d'arum, de l'aloès succotrin, de la rhubarbe et de la limaille de fer.

sangsues. Ces dernières ne seront employées qu'avec beaucoup de ménagement.

Testicule scrofuleux. — Les *topiques fondants et résolutifs* conviennent quand la tumeur est indolente ; quand elle devient douloureuse et qu'elle s'enflamme, le repos, les cataplasmes émollients, à la rigueur quelques sangsues sur le cordon, sont indiqués.

Enfin, si l'affection s'aggrave de plus en plus, si elle paraît bien limitée, si elle est en un mot dans les conditions que nous avons déjà énumérées au sujet des moyens chirurgicaux à employer chez les scrofuleux, si surtout, au lieu d'un simple testicule tuberculeux, il existe une de ces tumeurs mixtes ou entièrement dégénérées en cancer dont avons parlé, l'ablation doit être pratiquée.

Tumeurs des mamelles. — Il ne faut pas trop se hâter d'opérer ces tumeurs ; il convient de chercher à en obtenir la résolution au moyen d'emplâtres de ciguë, de frictions iodurées ; c'est aussi le cas d'employer la compression. Il ne faut pas oublier qu'Astley Cooper et que d'autres médecins (parmi lesquels on peut citer M. Velpeau) se prononcent contre l'opération (voy. la description que nous avons donnée de ces tumeurs). Il est quelques cas, cependant, où il importe d'en pratiquer l'ablation, par exemple, quand elles ont fait de grands progrès, qu'elles se sont profondément ulcérées, ou bien quand on a des doutes sur leur nature et qu'on a quelque raison de craindre une transformation cancéreuse.

Catarrhe utérin. — Les injections astringentes, les injections d'une solution concentrée de nitrate d'argent, la cautérisation du col à l'aide d'une solution caustique de cette substance; quelques petites incisions pratiquées sur le col de l'utérus, quand il est engorgé, la poudre de ratanhia, d'alun, d'amidon, mises en contact avec le col utérin, les bains froids, les bains de mer, sont les moyens les plus efficaces (1).

Ozène scrofuleux. — On doit combattre cette affection, ou du moins en diminuer l'intensité, à l'aide des chlorures, du nitrate d'argent, de l'acétate de plomb, des eaux sulfureuses en injection, ou de l'insufflation dans les fosses nasales de poudres astringentes, excitantes, telles que celles de ratanhia, de quinquina.

Lupus.— Le traitement local consiste endes applications résolutives ou irritantes, ou bien dans la cautérisation à l'aide de divers caustiques. On doit commencer par les topiques résolutifs, surtout quand les tubercules ne sont pas ulcérés: ceux dont on fait le plus souvent usage sont les pommades au proto, au bichlorure de mercure, à l'iodure de soufre. Les cautérisations conviennent mieux

---

(1) On peut rapprocher de ces remèdes les pilules de Stahl, dans lesquelles les extraits d'aloès, de myrrhe, d'absinthe, de chardon bénit et de rhubarbe, etc., sont combinés avec les résines de lierre, de genévrier et de térébenthine.

contre les ulcérations du lupus : on les fait avec l'huile animale de Dippel (1), la poudre de Dupuytren (2), le nitrate d'argent, la potasse, le beurre d'antimoine, la pâte arsenicale du frère Côme (3) et le nitrate acide de mercure; s'il existe des croûtes, il faut les faire tomber préalablement au moyen de cataplasmes émollients. Si les parties que l'on veut cautériser sont le siége de tubercules indolents, non ulcérés, recouverts de plaques épaisses et squameuses, il convient de les aviver au moyen de vésicatoires.

L'application des caustiques doit être souvent renouvelée. Quelquefois l'affection ne se guérit qu'après un nombre très-considérable de cautérisations successives; enfin on doit éviter, à l'aide d'éponges préparées, l'oblitération des ouvertures naturelles par les cicatrices.

---

(1) L'huile animale de Dippel convient surtout quand «le nez est le siége d'un gonflement indolent et chronique et présente une coloration violacée, surmontée habituellement d'une exfoliation épidermique» (Cazenave et Schedel).

(2) Protochlorure de mercure et acide arsénieux, dans la proportion d'un ou deux centièmes d'arsenic. Ce caustique ne cause presque aucune douleur et ne laisse pas que d'être assez actif.

(3) Caustique beaucoup plus énergique, dont l'application est suivie ordinairement d'un érysipèle. Il convient surtout dans les cas de lupus anciens et rebelles, et où l'ulcération détruit en profondeur; on ne doit pas en recouvrir une surface plus large que celle d'une pièce de 1 franc.

Gourmes, croûtes de lait, fausse teigne, impetigo larvalis. — Cette affection contre-indique toute médication qui aurait pour but de la faire disparaître brusquement ; des soins de propreté, un traitement palliatif, voilà tout ce qui convient contre une éruption que l'expérience a conduit à respecter, surtout quand elle est légère. « Dans la plupart des cas, des lotions d'eau tiède, de lait ou de guimauve..., constituent tout le traitement, et chez les petits enfants à la mamelle, la meilleure médication consiste à conseiller à la nourrice de faire jaillir du lait de son sein et d'en arroser les surfaces malades » (Cazenave). Plus tard, on devra couper les cheveux très-courts, faire quelques lotions alcalines ou sulfureuses légères ; on appliquera des cataplasmes de mie de pain et de lait, de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve ; on peut y joindre quelques laxatifs et l'application d'un exutoire.

Impetigo granulata. — Le traitement est le même que celui de l'impetigo larvalis.

Impetigo, dartre crustacée, mélitagre. — L'utilité des préparations sulfureuses a été un peu exagérée, et leur usage est souvent trop hâtif ; elles sont beaucoup plus efficaces au bout d'un certain temps qu'au début.

Quand l'inflammation est récente et surtout lorsqu'elle s'est développée d'une manière aiguë, il suffit de quelques lotions émollientes avec l'eau de guimauve, la décoction de têtes de pavot, le lait tiède, l'eau de son, etc. Le malade boira de la limonade et

prendra quelques laxatifs. Les bains tièdes sont aussi très-utiles.

Quand l'inflammation est passée à l'état chronique, les lotions émollientes pourront être convenablement remplacées par des lotions alumineuses, les douches de vapeur, les préparations sulfureuses à l'intérieur ou à l'extérieur, les bains de mer.

Quand l'impetigo résiste à ces moyens, on peut avoir recours à la cautérisation par l'acide hydrochlorique, par le nitrate d'argent en solution, aux frictions avec le protonitrate de mercure, au vésicatoire appliqué sur le point affecté; enfin, à la solution de Pearson.

Eczéma. — Les bains tièdes, les boissons rafraîchissantes, doivent être prescrits au début. Quand l'eczéma est devenu chronique, on emploiera les purgatifs, le calomel à l'intérieur ou en frictions, les bains de vapeurs, les bains alcalins, et enfin les bains sulfureux, qui sont un des moyens les plus efficaces contre l'eczéma rebelle; on doit mettre en usage la teinture de cantharides (1) ou certaines préparations arsenicales, telles que la solution de Fowler (2), la solution de Pearson, et la solution d'arséniate d'ammoniaque (3).

---

(1) A la dose d'abord de 3 à 5 gouttes; dans l'espace de huit jours, on peut l'élever jusqu'à 25 ou 30 gouttes.

(2) A la dose de 3 gouttes d'abord, jusqu'à 15 gouttes au plus.

(3) On peut administrer ces deux derniers médicaments depuis 1 gramme jusqu'à 4 grammes.

Ecthyma, pemphigus.—Les moyens précédemment mentionnés conviennent également; de plus, ces affections indiquent l'emploi des toniques à l'intérieur, en particulier du quinquina.

Lichen, etc. — Au début, les bains tièdes, les bains de rivière doivent être prescrits. Quand le lichen est passé à l'état chronique, on emploie les frictions avec le calomel, le proto-iodure de mercure, le bichlorure, incorporés à l'axonge, les bains alcalins, sulfureux, et si tout cela ne suffit pas, les préparations arsenicales (particulièrement celle de Pearson).

L'iodure de soufre convient surtout dans les affections papuleuses ou tuberculeuses.

Indications tirées de quelques symptomes.

Quand il survient dans le cours de la scrofule une métastase, c'est-à-dire l'apparition d'une affection plus grave coïncidant avec la disparition presque subite d'une autre affection de gravité moindre, il y a indication urgente de rappeler ou de raviver la première. C'est ainsi, par exemple, que si des symptômes de tubercules pulmonaires se manifestent à la suite de la répercussion de la gourme, des fausses teignes, de l'impetigo larvalis, etc., il faut ranimer l'éruption en appliquant sur le cuir chevelu et les parties précédemment affectées des cataplasmes irritants, un sinapisme ou un vésicatoire.

Les hémorrhagies, et en particulier l'hémoptysie, qui surviennent quelquefois chez les scrofuleux, contre-indiquent souvent l'emploi de certains médicaments actifs tels que les sulfureux, les ferrugineux, qui ont du reste une très-grande utilité. Il en est de même quand il existe une certaine tendance aux inflammations. Les hémorrhagies abondantes qui se font par une surface ulcérée nécessitent souvent l'amputation de la partie affectée.

Quelquefois on modifie très-heureusement l'état des scrofuleux, lorsqu'ils sont déjà très-affaiblis et qu'ils ont maigri beaucoup, en les faisant changer de séjour, en leur prescrivant de voyager; tandis que les bains froids, les bains de mer, doivent leurs être sévèrement défendus quand il sont dans cet état, surtout s'ils toussent et s'ils ont de la fièvre.

Quand, à la suite d'une maladie intercurrente, les individus prédisposés à la scrofule ou déjà même atteints de cette maladie n'entrent pas franchement en convalescence, et qu'il s'établit un mouvement fébrile qui persiste, c'est le cas d'administrer le quinquina; on relève ainsi quelquefois les forces d'une manière très-rapide. Le quinquina et le fer (1) ont toujours aussi été recommandés pour consolider la guérison. Le quinquina est encore particulièrement indiqué quand il y a faiblesse avec absence d'appétit.

---

(1) Le quinquina et le fer seraient contre-indiqués dans les affections des os, suivant certains auteurs.

Le soufre et les sulfures alcalins sont très-utiles contre les catarrhes, les écoulements, les ulcères.

Si le mal est invétéré et a pris un mauvais caractère, si une tumeur, par exemple, semble passer à l'état de cancer, c'est le cas d'employer la ciguë.

—Enfin, nous rappellerons qu'il faut tenir compte de quelques dispositions individuelles, de certaines idiosyncrasies, qui peuvent apporter au traitement de légères modifications. Qu'il nous suffise d'avoir signalé cette dernière source d'indications pour compléter le tableau de toutes celles qui composent le traitement de la scrofule, et que nous aurons au moins signalées, si nous n'avons pu faire davantage.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

INTRODUCTION. 5
Historique. *id.*
État de la question. 12

Définition de la scrofule. 19
Étymologie. *id.*
Synonymie. 20
Caractères de la prédisposition a la scrofule. 22

FORMES DE LA SCROFULE. 25
Forme commune. 29
Forme bénigne. 41
Forme maligne ou grave. 45
Forme fixe primitive. 48

AFFECTIONS SYMPTOMATIQUES DE LA SCROFULE. 51
Écrouelles. *id.*
Abcès. 61
Ophthalmie scrofuleuse. 66
De la tumeur blanche scrofuleuse. 73
Des tumeurs blanches en particulier. 85
Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale. *id.*
Tumeur blanche du genou. 91
— de l'articulation scapulo-humérale. 93
— du coude. 94
— des petites articul. du pied et de la main. *id.*

Pag.

Carie vertébrale. 96
Abcès par congestion. 109
Carie du sternum. 116
Carie des côtes. 119
— du rocher. 120
— du calcanéum, etc. 126
Spina ventosa. 127
Nécroses. 134
Phthisie scrofuleuse. 135
Tubercules des ganglions bronchiques. 141
Méningite tuberculeuse. 143
Tubercules du cerveau. 150
Testicule scrofuleux. 153
Carreau. 158
Péritonite tuberculeuse. 162
Catarrhe utérin. 165
Engorgements scrofuleux des mamelles. 169
Coryza chronique et ozène. 172
Lupus. 174
Gourmes, croûtes de lait, achores, fausse teigne, tinea faciei, porrigo larvalis, impetigo larvalis. 177
Impetigo granulata, galons, porrigine granulée. 180
La teigne véritable (*favus*) est-elle une affection scrofuleuse? *id.*
Impetigo, dartre crustacée, mélitagre. 181
Engelures, érythème pernio. 184
Autres affections cutanées qu'on observe très-fréquemment chez les scrofuleux : eczema, ecthyma, lichen, pemphigus, etc. *id.*

MARCHE DE LA SCROFULE. 191
Terminaisons. 194
Durée. 203
Rechutes et récidives. 205
Complications. 206

Pag.
Fièvres éruptives, syphilis, etc. etc. 206

LÉSIONS DE LA SCROFULE. 210
Résumé des lésions multiples de la scrofule. *id.*
Carie scrofuleuse. 219
Carie simple. 224
Carie avec séquestre (fausse nécrose). 229
— tuberculeuse. 230

DIAGNOSTIC DE LA SCROFULE. 237
Différences de la scrofule et du rachitisme. *id.*
Distinction de la scrofule et de la phthisie. 245
Le goitre n'est pas une affection scrofuleuse. 253
Diagnostic différentiel des principales affections scrofuleuses. 254

PRONOSTIC DE LA SCROFULE. 281
Suivant les formes. *id.*
— les conditions de développement. *id.*
— la marche. 282
Valeur pronostique des affections scrofuleuses. 283
Valeur pronostique de certains symptômes. 289

ÉTIOLOGIE DE LA SCROFULE. 292
Age. *id.*
Constitution. 295
Sexe. 298
Hérédité. *id.*
La scrofule n'est pas toujours héréditaire (opinion de M. Lugol discutée). 302
Contagion. 308
Autres causes occasionnelles ou prédisposantes. 312
Ingesta. *id.*

Pag.

Circumfusa. 317

L'air vicié n'est pas la cause unique de la scrofule (opinion de M. Baudelocque discutée). 319

Secreta et excreta. 320

Gesta et percepta. 321

Causes dites pathologiques. *id.*

NATURE DE LA SCROFULE. 323

I. Hypothèses émises sur la cause prochaine. *id.*

II. Peut-on nier que la scrofule soit une maladie? 334

III. A quelle classe de maladies doit-on rapporter la scrofule. 338

TRAITEMENT DE LA SCROFULE. 343

Indications tirées de la maladie, communes a tous les scrofuleux. 347

I. Régime et moyens diététiques. *id.*

II. Médicaments. 356

Indications tirées des causes et des conditions de développement, de la marche, des terminaisons, etc. 377

Indications tirées des affections. 380

Indications tirées de quelques symptomes, etc. 411

ERRATA.

Page	2,	ligne	4,	*au lieu de*	causam	*lisez*	ansam
—	6	—	13	—	paraissent	—	paraissaient
—	34	—	19	—	abondants,	—	nombreux,
—	38	—	27	—	pendant des années	—	par des années
—	41	—	24	—	βυϐων αδεν, « id est	—	βουϐων, « αδεν, id est
—	43	—	16	—	accès,	—	abcès,
—	51	—	5	—	les affections	—	ces affections
—	57	—	15	—	de granulations,	—	ce sont alors des granulations,
—	60	—	2	—	lente chronique	—	lente, chronique,
—	*id.*	—	28	—	glandulorum	—	glandulosum
—	61	—	27	—	rouge et brunâtre	—	rouge et brunâtre ; d'autres fois une ulcération leur succède.
—	70	—	23	—	On est étonné	—	Quelquefois on est étonné
—	73	—	18	—	mais aussi elle se développe	—	mais elle se développe aussi
—	77	—	8	—	intermittentes,	—	intercurrentes,
—	79	—	14	—	le mode	—	ce mode
—	80	—	27	—	l'articulation.	—	l'articulation. »
—	84	—	13	—	la circulation	—	l'articulation
—	85	—	19	—	l'intensité est	—	l'intensité en est
—	95	—	16	—	lourde,	—	sourde,
—	100	—	10	—	antérieurement,	—	à la partie antérieure,
—	102	—	10	—	ainsi	—	aussi
—	104	—	14	—	attestent	—	affectent
—	107	—	24	—	son altération.	—	l'altération de ce dernier.
—	112	—	14	—	la umeur	—	la tumeur
—	116	—	23	—	de cet os	—	de cet os »
—	118	—	14	—	la tumeur.	—	le sternum.
—	123	—	27	—	déterminent	—	entraînent
—	129	—	18	—	de la gauche	—	dans la gauche
—	132	—	3	—	creusé des vacuoles,	—	creusé de vacuoles,
—	*id.*	—	25	—	lames, apophyses	—	les lames, les apophyses
—	136	—	20	—	in scrofulosolum	—	in scrofulosorum
—	144	—	16	—	le caractère des affections	—	les caractères propres aux affections
—	151	—	15	—	une certaine apparence	—	une trompeuse apparence
—	157	—	8	—	de suite	—	ensuite
—	158	—	5	—	atrophia infantem,	—	atrophia infantum,
—	*id.*	—	11	—	dans certain cas,	—	dans certains cas,
—	160	—	6	—	marquée,	—	muqueuse,
—	161	—	5	—	aperçoit la fluctuation	—	perçoit la fluctuation
—	165	—	17	—	au ramollissement des collections	—	au ramollissement de collections
—	166	—	28	—	armosis	—	annosis
—	168	—	7	—	Le malade	—	La malade
—	169	—	4	—	Des ulcérations	—	Les ulcérations
—	289	—	13	—	*Valeur séméiotique*	—	*Valeur pronostique*

Accession no.

Author Milc
De la scrofu
ses formes,

Call no. RC
84