

Des scrofulides des muqueuses : thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine et de médecine légale) et soutenue à la Faculté de médecine de Paris / par J. Looten.

Contributors

Looten, Jules.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : V. Adrien-Delahaye, 1878.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/bc5yzkn8>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. 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
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

3
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DES

SCROFULIDES DES MUQUEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE MÉDECINE ET DE MÉDECINE LÉGALE)

et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris

PAR

Le Docteur J. LOOTEN

Chief de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.



LIBRAIRIE V. ADRIEN-DELAHAYE & C^{ie}

Place de l'École de Médecine

—
1878

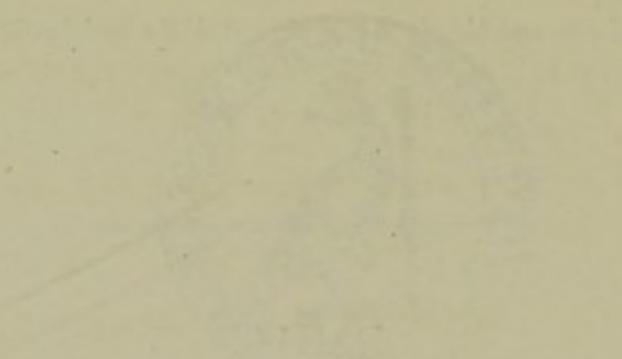
Handwritten text at the top of the page, possibly a title or author's name, written in cursive.

VERORDNUNG DER KÖNIGLICHEN

THESE

AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

IN DER FACHSCHAFT DER



PHYSIKALISCHEN

UND MATHEMATISCHEN

WISSENSCHAFTEN

9
5
I. slow title

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I.	Introduction.	7
CHAPITRE II.	Historique	11
CHAPITRE III.	Division du sujet	15
CHAPITRE IV.	Scrofulides des muqueuses en général	18

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE V.	Scrofulides de la muqueuse oculo-pal- pébrale.	51
CHAPITRE VI.	Scrofulides de la muqueuse auriculaire	67
CHAPITRE VII.	Scrofulides de la muqueuse nasale	70
CHAPITRE VIII.	Scrofulides de la muqueuse linguale	81
CHAPITRE IX.	Scrofulides de la muqueuse bucco-phar- yngienne.	83
CHAPITRE X.	Scrofulides de la muqueuse ano-rectale.	109
CHAPITRE XI.	Scrofulides de la muqueuse génito-uri- naire	112
CHAPITRE XII.	Scrofulides des muqueuses gastro intes- tinale et laryngo-bronchique	135
CONCLUSIONS.		159

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS	163
INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	191

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. Introduction. 1
CHAPITRE II. Histoire. 15
CHAPITRE III. Description. 35
CHAPITRE IV. Applications. 55

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE V. Théorie des courbes. 75
CHAPITRE VI. Théorie des surfaces. 105
CHAPITRE VII. Théorie des courbes algébriques. 135
CHAPITRE VIII. Théorie des surfaces algébriques. 165
CHAPITRE IX. Théorie des courbes transcendentes. 195
CHAPITRE X. Théorie des surfaces transcendentes. 225
CHAPITRE XI. Théorie des courbes elliptiques. 255
CHAPITRE XII. Théorie des surfaces elliptiques. 285
CHAPITRE XIII. Théorie des courbes hyperfuchsiennes. 315
CHAPITRE XIV. Théorie des surfaces hyperfuchsiennes. 345
CHAPITRE XV. Théorie des courbes fuchsiennes. 375
CHAPITRE XVI. Théorie des surfaces fuchsiennes. 405
CHAPITRE XVII. Théorie des courbes automorphes. 435
CHAPITRE XVIII. Théorie des surfaces automorphes. 465
CHAPITRE XIX. Théorie des courbes automorphes de genre 1. 495
CHAPITRE XX. Théorie des surfaces automorphes de genre 1. 525

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE XXI. Théorie des courbes automorphes de genre 2. 555
CHAPITRE XXII. Théorie des surfaces automorphes de genre 2. 585
CHAPITRE XXIII. Théorie des courbes automorphes de genre 3. 615
CHAPITRE XXIV. Théorie des surfaces automorphes de genre 3. 645
CHAPITRE XXV. Théorie des courbes automorphes de genre 4. 675
CHAPITRE XXVI. Théorie des surfaces automorphes de genre 4. 705
CHAPITRE XXVII. Théorie des courbes automorphes de genre 5. 735
CHAPITRE XXVIII. Théorie des surfaces automorphes de genre 5. 765
CHAPITRE XXIX. Théorie des courbes automorphes de genre 6. 795
CHAPITRE XXX. Théorie des surfaces automorphes de genre 6. 825

MEMBRES DU JURY

MM. CHAUFFARD, PRÉSIDENT, Inspecteur-général de l'enseignement supérieur, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

MOUTARD-MARTIN, Membre de l'Académie de Médecine.

DUPRÉ, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

SÉE (G.) Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

GUBLER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

JACCOUD, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

POTAIN, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

LÉPINE, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

BOUCHARD, SECRÉTAIRE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

COMPÉTITEURS.

MM. CARRIEUX.
DEBOVE.
DEMANGE.
DU CASTEL.
HALLOPPEAU.
JOFFROY.
LABADIE-LAGRAVE.
LAURE.
LOOTEN.
MAIRET.
PITRE.
RAYMOND.
RENDU.
SPILLMANN.
STRAUSS.
TEISSIER.

PREMIÈRE PARTIE

PHOTOGRAPHED BY J. J. J. J.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE I.

I n t r o d u c t i o n .

On désigne sous le nom de muqueuses, des membranes qui tapissent la surface interne de tous les organes creux, qui communiquent avec l'extérieur par les diverses ouvertures du corps. Envisagées d'une manière générale, elles doivent être considérées comme un véritable tégument interne destiné à protéger, à limiter les organes profonds, et ayant comme l'externe, des fonctions d'absorption et de sécrétion. Leur analogie de fonctions avec celles de la peau est des plus frappantes et leur structure ne l'est pas moins.

La connaissance intime de la structure des muqueuses a été le point de départ des recherches qui ont permis d'établir pour ces membranes des lésions analogues à celles de la peau. Il ne sera donc pas inutile d'en donner ici un aperçu général.

La coloration des muqueuses est généralement rose pâle; elle varie d'ailleurs selon les tempéraments et son intensité peut varier aussi avec les fonctions des organes qu'elles tapissent. Quelques-unes sont très-épaisses, très-dures, tandis que d'autres ressemblent à de véritables feuillets séreux. Elles sont

en général assez lâchement unies aux tissus sous-jacents, bien que dans certains organes elles soient très-adhérentes aux parties qu'elles recouvrent.

Leur sensibilité varie beaucoup selon les points où on l'explore; mais la sensibilité des muqueuses est généralement une sensibilité spéciale, car nous verrons plus loin que des mutilations morbides très-profondes et très-étendues peuvent se développer sans provoquer la moindre douleur.

Quant à ce qui concerne leur structure intime, elle est constituée par les éléments suivants : 1° une trame fibro-celluleuse analogue au derme; 2° des appareils de sécrétion et d'absorption; 3° des réseaux nerveux lymphatiques et sanguins; 4° une couche épithéliale.

Au point de vue de ce dernier élément, elles se divisent en deux groupes très-importants et très-distincts : les muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié et les muqueuses à épithélium prismatique.

Les muqueuses à épithélium pavimenteux ont surtout une analogie frappante avec la peau : ce sont celles qui tapissent les cavités buccale et pharyngienne, l'œsophage, la conjonctive, le vagin, le museau de tanche, l'urèthre, le prépuce et le gland.

Les muqueuses à épithélium prismatique sont : celle qui tapisse le tube digestif depuis le cardia jusqu'à l'anus, celle des fosses nasales, celle de la trachée et des bronches, celle de la trompe d'Eustache, enfin celle des voies biliaires.

Ces différences de structure tiennent à une différence d'origine : les premières se développent aux dépens du feuillet épidermique du blastoderme; les autres naissent du feuillet interne ou muqueux.

A ces différences de structure superficielle et d'origine en correspondent d'autres plus frappantes encore relativement à la structure profonde.

Les muqueuses à épithélium pavimenteux ont toutes un chorion à fibres élastiques, minces, ramifiées, formant un réseau ou trame à larges mailles. Le reste du chorion est composé de fibres lamineuses, accompagnées de capillaires.

La surface du chorion est pourvue de papilles vasculaires, sans papilles nerveuses ni corpuscules du tact. La couche épithéliale est lisse à sa surface; mais par ses parties profondes elle est anfractueuse et ses divers éléments pénètrent dans les interstices des papilles.

Ces muqueuses sont généralement pourvues de glandes qui se trouvent dans le tissu cellulaire sous-muqueux, c'est-à-dire sous le chorion.

Elles sont pourvues d'un réseau lymphatique superficiel, analogue à celui de la peau, avec laquelle elles présentent par conséquent la plus grande analogie.

Les muqueuses à épithélium prismatique ont un chorion peu riche en fibres élastiques, et les fibres lamineuses sont moins serrées que les précédentes. Elles sont très-riches en cellules embryonnaires parsemant la trame des fibres lamineuses; c'est le tissu adénoïde de quelques auteurs.

La surface du chorion est dépourvue de papilles; la couche épithéliale est d'une épaisseur égale dans toute son étendue et quand il y a des inégalités, comme par exemple les villosités intestinales, elle les recouvre au lieu de combler les vides qui les séparent.

Les glandes de ces muqueuses sont généralement placées dans l'épaisseur du chorion et leurs culs de sac ne le dépassent pas; il y a une exception, toutefois, pour le duodenum et la trachée.

Elles contiennent des nerfs gris jusqu'à leur face profonde. Elles contiennent de plus un réseau sous-épithétial de vaisseaux capillaires à mailles variables.

Il nous semble que la connaissance de la structure intime des muqueuses, et des différences qui les séparent, est destinée à jeter le plus grand jour sur la nature des lésions et à déterminer si la scrofule, par exemple, est caractérisée par des lésions anatomiques spéciales, ou si elle n'est qu'une forme de la tuberculose.

Toutes ces muqueuses, en effet, à part celle des voies biliaires, peuvent devenir le siège de manifestations morbides, à marche chronique, attribuées à la scrofule.

Ce sont les médecins de l'hôpital Saint-Louis qui ont, les premiers, attiré l'attention sur les lésions des muqueuses dépendant de la scrofule.

Frappés de la ressemblance évidente qu'il y a entre les muqueuses des premières voies et la peau, au point de vue de la structure, ils ont cherché à déterminer d'abord ce que deviennent les scrofulides de la peau à l'endroit où celle-ci se continue avec les muqueuses; puis, poussant plus loin leurs recherches, ils ont pu établir en principe que les muqueuses, comparables à la peau par leur structure, pouvaient comme elle, être le siège de lésions analogues.

Ce sont ces lésions qu'on désigne sous le nom de scrofulides des muqueuses : Ce sont elles qui feront l'objet de cette étude.

Avant de finir cette introduction, qu'il me soit permis d'adresser ici des remerciements sincères à mes maîtres, à mes confrères et à mes amis de Paris et de Lille, qui ont bien voulu m'aider de leurs conseils et de leur bienveillant concours.

CHAPITRE II.

Historique.

L'histoire des scrofulides des muqueuses se confond avec celle de l'affection générale dont elles ne sont qu'une manifestation, et il sera intéressant de préciser l'époque où les lésions scrofuleuses des muqueuses ont été rattachées à la maladie qui leur donne naissance.

Considérée à ce point de vue, l'histoire de la scrofule peut se diviser en trois grandes périodes.

La première comprend cette longue suite de siècles où l'anatomie pathologique était inconnue, et où il était, par conséquent, impossible de décrire et de rapprocher les diverses lésions des organes ; on désignait exclusivement sous le nom de *scrofules* les tumeurs entassées les unes sur les autres à la base de la mâchoire inférieure, le long du cou, près de la clavicle, etc.

Les premières notions sur la scrofule remontent donc à la plus haute antiquité. Hippocrate en a parlé dans plusieurs endroits de ses ouvrages, et Galien, dans ses commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate, a répété ce qu'a dit le père de la médecine, en y ajoutant les vues théoriques qu'on retrouve dans tous ses ouvrages.

Depuis Galien, les auteurs qui ont écrit des traités généraux sur la médecine ont presque tous fait mention des scrofules ; mais ce n'est que vers le commencement du siècle dernier qu'on trouve quelques traités spéciaux sur cette maladie.

En 1751, l'Académie royale de chirurgie proposa un concours sur les affections scrofuleuses, qui nous a valu les mémoires de Bordeu, de Farre, de Charmetton ; en 1780, la Société royale de médecine indiqua aussi les scrofules comme sujet de prix, et ce concours fit naître les ouvrages de Baumes, de Kortum et de Pujol. D'autres monographies furent publiées par Hufeland en Allemagne, par Carmichaël en Angleterre ; mais tous ces ouvrages, renfermant beaucoup de faits et de recherches, établissant les relations qui existent entre les diverses manifestations de la scrofule, marquant en un mot la seconde phase de l'histoire de cette maladie, tombent pour la plupart dans l'excès opposé et rattachent à la scrofule une série de lésions qui en sont absolument indépendantes.

L'école organicienne de Bichat et les anatomo-pathologistes exclusifs qui ont dominé pendant la première moitié de ce siècle, ne tardèrent pas à saper l'édifice élevé par leurs devanciers : pour eux il n'y avait que des lésions matérielles et locales, et Lugol seul défendit contre eux l'entité morbide de la scrofule.

Jusqu'ici les scrofulides des muqueuses ne sont que vaguement indiquées et si Mercuriali, Charmetton, Lalouette, Alibert, Willan, Roger, Baumes, Lebert, parlent des manifestations cutanées de la scrofule, il faut arriver jusqu'à M. Bazin pour en trouver une description méthodique ; il crée pour les désigner le mot de scrofulide et dès lors, les scrofulides de la peau étant connues et décrites, la voie était ouverte et les scrofulides des muqueuses ne pouvaient plus désormais échapper à ses investigations.

Jusqu'alors, en effet, aucun auteur n'avait songé à étudier d'une manière suivie les scrofulides des muqueuses : C'est à peine si on trouve, dans les auteurs qui ont précédé M. Bazin, quelques indications à cet égard.

Travers dit bien que les ulcérations de la bouche et du pharynx dénotent une constitution scrofuleuse « *a palpably scrofulous temperament.* » Mais là se borne ce qu'il en dit et ce qu'il en pense.

En 1835, Rayet fait une étude comparative des affections propres aux deux téguments « et je suis persuadé qu'en le » lisant, dit M. Bazin, vous ne regretterez qu'une chose, c'est » que l'auteur n'ait pas cru devoir s'étendre plus longuement » sur un sujet aussi intéressant, à peine ébauché. »

Alibert, Devergie et Cazenave font allusion à la propagation des lupus aux muqueuses. Ce dernier signale même comme possible « l'inflammation ulcéreuse des muqueuses en dehors de toute altération de la peau. »

En 1842, M. Tardieu présentait à la Société anatomique les fosses nasales et le pharynx d'une jeune fille qui avait succombé après avoir présenté une scrofulide ulcéreuse de la gorge.

En 1844, Desruelles fils publie, dans les Archives générales de médecine, des observations sur une hypertrophie particulière de la vulve; et, la même année, Hamilton et Werrnher décrivent le lupus de la gorge. Ce dernier prétend même que le lupus de la face débute toujours par les parties profondes.

En 1849, les mémoires de l'Académie nationale de médecine publient le célèbre mémoire d'Huguier sur l'esthiomène ou dartre rongearde de la région vulvo-anale.

De là à décrire méthodiquement les scrofulides des muqueuses il y avait loin; et cependant M. Bazin, en 1861, dans ses leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, les décrit d'une façon magistrale.

L'élan était donné, et depuis lors les travaux n'ont pas manqué. En 1865, à la Société médicale de Vienne, on discute la nature de certaines ulcérations du larynx et, la même année, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, une discussion des

plus intéressantes, à laquelle prirent part MM. Hérard, Lallier et Desnos, apporte à la science cinq observations nouvelles d'angine scrofuleuse.

Guérin, en 1864, Mauriac dans la traduction de West en 1870. Curtis dans les annales de dermatologie et de syphiliographie, apportent des éléments nouveaux à l'étude de l'esthiomène.

En 1871, M. Isambert lit un mémoire contenant huit faits nouveaux, et nous trouvons dans une édition posthume de ses leçons cliniques (1878), le résumé de ses travaux et de ses idées en cette matière.

Notons enfin les thèses de MM. Fougère Lemaistre et Homolle sur les angines scrofuleuses; celle de M. d'Azembuja sur l'ozène, celle de M. Moinel sur le lupus du nez, celle de M. Fiquet sur l'esthiomène et nous aurons un résumé historique de la question.

Les travaux publiés depuis le livre de M. Bazin ont eu pour but évident de préciser les lésions indiquées par le maître, de rechercher les diverses formes de scrofulides sur les diverses muqueuses; nous verrons qu'il reste encore beaucoup à faire pour remplir le cadre qui nous est ainsi tracé par avance et que nous adoptons autant que la chose sera possible comme plan de cette étude.

CHAPITRE III.

Division du Sujet.

Dans son chapitre relatif aux scrofulides des muqueuses, M. Bazin se borne à étudier les manifestations de la scrofule sur cette classe de muqueuses que leur organisation rapproche spécialement de la peau et qui se développent aux dépens du feuillet épidermique du blastoderme. Ce n'est pas qu'il considère les muqueuses des organes splanchniques — qui se développent aux dépens du feuillet muqueux du blastoderme — comme inaccessibles aux manifestations de la scrofule, mais il croit devoir rattacher les lésions dont elles peuvent devenir le siège, aux lésions des viscères.

Il nous paraît évident que, dans un travail qui a pour objet l'étude générale des scrofulides des muqueuses, les muqueuses laryngienne, bronchique et intestinale ont leur place marquée. Et si les manifestations de la scrofule sont moins étudiées sur ces muqueuses, il est nécessaire d'établir tout au moins si cela tient à un défaut d'observation ou à une différence de structure.

Du reste, en agissant ainsi, nous ne changeons rien à la classification de M. Bazin qui admet en principe les lésions scrofuleuses de ces muqueuses; il se borne tout simplement à les étudier avec les organes qu'elles tapissent.

Quant aux manifestations de la scrofule sur les muqueuses, il les divise en deux classes, comme les scrofulides cutanées. Mais comme les muqueuses, différentes en cela de la peau, sont fréquemment le siège d'une inflammation catarrhale, affec-

tant des allures spéciales chez les scrofuleux, il a fallu créer une nouvelle classe de scrofulides qu'il désigne sous le nom de scrofulides catarrhales. Toute muqueuse peut donc devenir le siège d'une des manifestations suivantes de la scrofule.

1^o Scrofulides catarrhales;

2^o Scrofulides éruptives.

Ces dernières, comme celles de la peau, sont bénignes ou malignes.

Ces lésions ayant un certain nombre de points de contact, se développent sous l'influence des mêmes causes et affectent une marche régulière, quel que soit leur siège. Nous aurons d'abord à étudier les scrofulides en général, puis nous étudierons parallèlement chacune des scrofulides en particulier. Nous aurons donc à passer en revue, dans une première partie de ce travail, les scrofulides des muqueuses en général, puis nous étudierons successivement les scrofulides :

1^o De la muqueuse oculo-palpébrale;

2^o De la muqueuse auriculaire;

3^o De la muqueuse nasale ou pituitaire, avec ses divers prolongements;

4^o De la muqueuse auriculaire;

5^o De la muqueuse linguale;

6^o De la muqueuse bucco-pharyngienne ;

7^o De la muqueuse ano-rectale;

8^o De la muqueuse génito-urinaire;

9^o De la muqueuse gastro-intestinale;

10^o De la muqueuse laryngo-bronchique.

Avant d'aller plus loin, nous ferons remarquer que nous avons, à dessein, réservé pour la fin l'étude des lésions des muqueuses gastro-intestinale et laryngo-bronchique.

Cette séparation est justifiée par les différences anatomiques de ces deux ordres de muqueuses et par l'incertitude qui règne sur la nature intime des lésions que nous aurons à étudier,

Nous verrons en effet que, s'il est difficile de préciser l'histologie pathologique des muqueuses que leur structure rapproche de la peau, ces difficultés sont autrement grandes, quand il s'agit de ces deux dernières muqueuses.



CHAPITRE IV.

Des Scrofulides des Muqueuses en général.

GÉNÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Il est rare de voir les muqueuses seules frappées de lésions scrofuleuses et presque toujours un examen même superficiel, fait découvrir des traces de lésions de même nature, anciennes ou récentes, sur d'autres organes. Il arrive pourtant que la scrofule se borne à une manifestation unique, absolument localisée sur une muqueuse spéciale : c'est à cette forme que M. Bazin a donné le nom de scrofule fixe primitive.

C'est surtout dans ces cas qu'il sera nécessaire d'avoir recours aux notions fournies par l'étiologie, qui est d'ailleurs la même que la scrofule se borne aux muqueuses ou qu'elle suive sa marche complète et régulière.

La scrofule est héréditaire, innée ou acquise.

Héréditaire, elle est transmise directement par des parents scrofuleux; cette hérédité est fréquente mais elle n'est pas fatale, et les observations de Thompson et de Tyler démontrent qu'elle peut être indirecte et épargner une génération pour frapper la suivante.

La scrofule *innée* se développe sous l'influence d'une hygiène mauvaise; on la voit se déclarer encore chez des enfants nés de parents trop âgés, de mariages consanguins ou de parents affectés de cancer, de tuberculose ou de syphilis,

Enfin la scrofule *acquise* peut être consécutive à une mauvaise hygiène, à l'habitation dans des lieux froids ou humides, à l'alimentation végétale, à un sevrage prématuré.

A côté de ces causes premières, il est des causes occasionnelles qui peuvent déterminer les premières manifestations de la scrofule : c'est ainsi qu'agissent le rhumatisme, ou encore les maladies générales graves comme la fièvre typhoïde, la syphilis, la rougeole.

Quant aux causes qui déterminent plutôt une scrofulide catarrhale qu'une scrofulide éruptive — ou à celles qui déterminent la manifestation morbide sur telle muqueuse plutôt que sur telle autre, elles seront indiquées pour chaque muqueuse en particulier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1^o *Lésions appréciables à l'œil nu.*

«Les muqueuses des organes des sens sont très communément affectées : dans les yeux, la conjonctive palpébrale et bulbaire, l'inflammation des glandes de Meibomius, les blépharites sont des manifestations très fréquentes ; les kératites ne sont pas rares et compliquent assez souvent les lésions précédentes. La muqueuse de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne s'enflamme également et donne lieu à des otites plus ou moins graves

»Les autres muqueuses sont frappées au point où elles se continuent avec le tegument externe et tandis que les premières présentent les altérations d'une inflammation catarrhale chronique, le second est affecté de quelque scrofulide cutanée. Le coryza est accompagné d'impétigo labial, une

»otite externe avec l'eczéma retro-auriculaire, une conjon-
»tivite catarrhale avec l'eczéma des joues. Le coryza chroni-
»que, qui est un des phénomènes les plus constants, conduit
»facilement à l'ulcération et à l'ozène ; dans quelques cas,
»c'est une rhinite postérieure qui est observée.

»Les muqueuses plus profondes sont également atteintes :
»celles du pharynx, des bronches, de l'intestin sont celles qui
»sont le plus fréquemment prises ; la muqueuse génito-uri-
»naire l'est un peu moins souvent.

»Dans tous ces cas, l'altération débute par une inflamma-
»tion catarrhale tenace, qui présente dans certaines régions,
»notamment dans le pharynx et les bronches, une tendance
»marquée à la destruction ulcéralive du tissu. De là, dans le
»pharynx et les fosses nasales des ulcérations fort difficiles à
»distinguer des ulcères syphilitiques ; de là, pour le catarrhe
»bronchique un danger tout spécial : le processus, superficiel
»d'abord, gagne en profondeur, atteint les lobules des pou-
»mons et y provoque une inflammation ulcéreuse qui, en
»l'absence de tuberculose véritable, produit tous les phéno-
»mènes et expose à tous les périls de la phthisie pulmonaire.
»En ce sens, on ne peut douter de l'existence d'une phthisie
»scrofuleuse, mais ce n'est point un motif suffisant pour ad-
»mettre une tuberculose scrofuleuse.

»Mais toutes ces altérations n'ont rien de spécifique par
»elles-mêmes, elles ne démontrent point la scrofule ; elles ne
»tirent cette signification que des conditions antérieures de
»l'individu, c'est à dire que ces lésions ne doivent être dites
»scrofuleuses que lorsqu'elles prennent naissance chez un ma-
»lade qui a présenté des manifestations positives de scrofule
»superficielle, muqueuse ou osseuse *Jaccoud. path int. T. II.*
p. 876).

En examinant attentivement ce tableau général de la scro-

fulose des muqueuses, on ne tarde pas à voir que les scrofulides catarrhales et les scrofulides éruptives constituent tour à tour le caractère prédominant de la lésion apparente.

Il sera donc utile de préciser une fois pour toutes les différences qui séparent les *scrofulides catarrhales* des *scrofulides éruptives*.

Le catarrhe, dit Bazin, est une affection précédée ou accompagnée d'inflammation consistant essentiellement en une modification pathologique de la sécrétion des membranes muqueuses. Il joue, sur le tégument interne, le rôle que joue le scrofulide exsudative sur le tégument externe, avec laquelle il alterne souvent.

On y distingue trois périodes :

1^o Période irritative, caractérisée par la sécheresse de la muqueuse, due à la suppression de la sécrétion normale et les signes fonctionnels en rapport avec la muqueuse qui est frappée.

2^o Sécrétion d'un fluide incolore, limpide, et comme séreux, qui irrite, enflamme, excorie les parties sur lesquelles il coule ;

3^o Le liquide sécrété change de nature, devient opaque et puriforme.

Avec cela, symptômes généraux assez peu accusés.

Mais il n'y a rien de spécial aux catarrhes scrofulieux, ils ne diffèrent des autres que par leur ténacité et leur longue durée, leur tendance pyogénique, l'engorgement, l'induration des tissus sous-jacents, la production de granulations, de fongosités, de végétations verruqueuses ou polypeuses à la surface des membranes enflammées, enfin par le retentissement de l'inflammation sur les ganglions lymphatiques voisins.

Passons maintenant aux scrofulides éruptives.

« On peut observer sur les muqueuses, dit Bazin, à l'except-

tion des squames et des macules, tous les ordres éruptifs de la classification de Willan. »

C'est ainsi qu'on y observe l'*erythème* à la période prodromique des fièvres éruptives; la *vesicule* acuminée de l'eczéma, la *vésicule* plus grosse de l'herpès qui répond à l'aphte; les *papules* de la peau sont en grande partie représentées par les granulations des membranes muqueuses; les *tubercules* se développent sur les deux téguments avec cette différence essentielle qu'ils sont moins saillants sur les muqueuses. Il en est de même des *pustules* et des *bulles* qui ne diffèrent de celles de la peau que par leur rupture précoce.

On les divise en scrofulides *bénignes* et en scrofulides *malignes*, selon que les diverses lésions que nous venons d'énumérer se terminent par la guérison complète, ou passent à un ordre de lésions plus profondes et qui peuvent d'ailleurs se manifester d'emblée.

C'est ainsi que nous aurons, comme pour la peau, des scrofulides *erythémateuses*, des scrofulides *tuberculeuses*, et des scrofulides crustacées *ulcéreuses*.

Il est évident que si l'on se trouvait toujours en face de lésions aussi nettes, le diagnostic serait relativement facile; mais, le plus souvent, dans la pratique, on observe les malades à une période où toute espèce de lésion caractéristique a disparu: c'est l'absence ou la disparition de ces lésions fondamentales qui a fait naître les théories les plus singulières sur la nature des scrofulides, jusqu'à les rejeter absolument du cadre de la scrofule.

C'est ainsi que Virchow a pu dire que la « création d'un lupus scrofuleux lui semble être quelque chose de tout à fait arbitraire. » Auspitz va plus loin: « Bazin, dit-il, reste profondément enfoncé dans la vieille marotte française des diathèses. »

Mais en dépit de ces affirmations, l'opinion d'Alibert, de Baudelocque, de Milcent, de M. Devergie, de MM. Hardy et Bazin, de Wilson est toujours admise, et si la nature scrofuleuse des scrofulides fixes primitives est quelquefois douteuse, ce n'est que dans les cas très rares où il n'y a absolument aucune trace de manifestations scrofuleuses antérieures. Mais il est bien évident que, pour préciser les faits, il faut autant que possible chercher des sujets chez lesquels la scrofule ne s'est pas compliquée de quelque état diathésique, comme la syphilis, par exemple : nous verrons plus loin que, dans ces cas, la nature des lésions reste parfois absolument incertaine.

2° *Histologie pathologique.*

On peut dire d'une manière générale que les lésions macroscopiques que nous venons de passer en revue et qu'on rencontre dans les scrofulides des muqueuses, se confondent le plus habituellement avec les caractères cliniques; mais les phénomènes de gonflement, de rougeur, d'ulcération, de formation inodulaire ne nous éclairent nullement sur la nature véritable des altérations qui sont dans l'intimité des tissus.

C'est l'histologie pathologique seule qui peut, dans cette incertitude, nous permettre de saisir le lien commun qui existe entre les lésions de la scrofulose considérées dans les muqueuses qu'elle atteint le plus fréquemment comme les fosses nasales, le voile du palais, le pharynx, le vagin.

Nous laissons de côté pour le moment tout ce qui est relatif aux muqueuses des organes profonds et plus particulièrement les lésions de la muqueuse de l'intestin grêle trouvées chez des individus qui ont succombé en présentant tous les caractères

res externes de la scrofulose. Les lésions de catarrhe et d'ulcération ne présentent rien de particulier et se confondent habituellement avec la tuberculose intestinale dont il est difficile de les différencier. Nous tâcherons du reste de préciser plus loin les termes de la question.

L'histologie pathologique seule, avons-nous dit, peut nous éclairer sur la véritable nature de la scrofulose et sur ses relations avec la maladie tuberculeuse; cependant, à ce sujet, nous trouvons une grande contradiction dans les résultats obtenus par les différents auteurs.

Virchow, dans son traité des tumeurs, range les lésions de la scrofulose dans la classe des granuloses et considère toutes ces lésions en apparence si diverses comme succédant à la formation exagérée de bourgeons charnus et c'est dans l'étude du lupus, soit de la peau, soit des muqueuses qu'il trouve le type de l'évolution ultime des lésions scrofuleuses.

Cette opinion n'est pas partagée par Rindfleisch, qui tout en admettant la formation du tissu de granulation et ne s'occupant pas des lésions initiales de la scrofulose, rattache tout particulièrement le lupus, soit de la peau, soit des muqueuses à une altération des glandes et se rattachant dans chacun de ses caractères à une sorte d'épithélioma.

C'est entre ces deux opinions si opposées qu'oscillent les différents anatomo-pathologistes qui se sont occupés de la question.

Les uns se rattachant à la doctrine de Virchow, considèrent le lupus et les autres scrofulides des muqueuses comme produits par un développement exagéré de bourgeons charnus, et à l'appui de cette opinion, nous pouvons citer plusieurs travaux qui ont leur importance.

1° Voici d'abord un examen histologique dû à M. Vulpian. Il s'agit d'un cas d'esthiomène de la vulve.

M. Vulpian, étudiant le cas recueilli par Leroydes Barres, décrit ainsi les lésions : (Bull. de la Soc. anat. 1870).

Sur des coupes, après durcissement de vingt-quatre heures dans l'alcool à 36°, on constate un épaississement de l'épiderme peu marqué dans les parties planes de la peau, réel, mais très-peu considérable au niveau de la tubérosité cutanée. Le derme dans toute son épaisseur offre çà et là de petites taches rosées dues à du pigment hématiche.

Après traitement par l'acide acétique et la glycérine, on aperçoit des vaisseaux sous forme de traînées ramifiées, plus sombres que le reste du tissu. Cet aspect est dû à l'accumulation autour des vaisseaux de nombreux éléments anatomiques, dont un grossissement plus fort va indiquer la nature. Il s'agit là d'une accumulation d'éléments cellulaires, de petite dimension, munis de noyaux, ayant le caractère de leucocytes non granuleux. Un certain nombre d'éléments paraissent fusiformes, ce sont les plus extérieurs. A mesure qu'on s'éloigne des vaisseaux, ces éléments sont disséminés et rassemblés çà et là en petits amas de quelques éléments.

Outre ces lésions locales, M. Vulpian signale aussi les lésions générales, que l'on a trouvées à l'autopsie des sujets atteints d'esthiomène. — Les deux altérations les plus caractéristiques consistaient en stéatose du foie et ulcération de l'intestin grêle et du gros intestin. Bien qu'elles aient un intérêt moins direct, nous croyons utile de reproduire cette observation en entier.

On ne trouve ni ascite, ni traces de péritonite. Le foie est gras; son lobe droit est hypertrophié. Le poids de cet organe est de 1900 grammes. L'intestin grêle et le gros intestin, le premier surtout, portent de nombreuses ulcérations circulaires, peu profondes; celles-ci n'ont point un siège précis et autour d'elles, la muqueuse paraît légèrement épaissie. Les

ganglions superficiels et les ganglions viscéraux ne sont pas malades.

Le sommet du poumon gauche est le siège de deux excavations tuberculeuses fort petites. Deux ou trois noyaux tuberculeux occupent le sommet du poumon droit. Tous les autres organes sont sains.

L'examen histologique des viscères malades a révélé les particularités suivantes :

Sur le lambeau d'intestin grêle, qui m'a été remis, il y a des exulcérations très-étendues, au niveau desquelles les villosités n'existent plus, et, ces ulcérations reposent sur des parties de la membrane muqueuse qui offre une épaisseur double des autres points de cette membrane.

Sur des tranches minces, perpendiculaires à la surface de l'intestin, on reconnaît que les glandes de Lieberkhun n'ont pas entièrement disparu dans tous les points exulcérés; elles se retrouvent encore çà et là, diminuées de longueur et plus ou moins élargies.

L'épaississement de la membrane muqueuse est dû surtout à la présence d'une multitude innombrable d'éléments anatomiques nouveaux, intercalés entre les différents éléments normaux de cette membrane. Les éléments de cette nouvelle formation paraissent être, d'après l'ensemble de leurs caractères, semblables aux éléments lymphatiques du tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale. On n'a pu déterminer, si ces nouveaux éléments étaient, sur quelques points, en rapport de contiguïté avec des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Sur des coupes minces de foie et avec l'aide d'un faible grossissement, on voit qu'au voisinage de certains vaisseaux, il y a des accumulations de petits éléments, qui leur forment comme un manchon irrégulier. Il est difficile de savoir si ces accumulations se sont faites seulement au voisinage des vaisseaux interlobulaires, mais c'est là qu'elles siègent le plus ordinairement. Un grand nombre de cellules contiennent des granulations et des

gouttelettes graisseuses. Avec de plus forts grossissements, on constate que les éléments nouveaux sont en général des noyaux entourés d'une petite quantité de protoplasma, noyaux tantôt arrondis, tantôt élliptiques et dont les dimensions varient de 6 à 7 m/m . Outre ces noyaux, dans les points qu'ils occupent, il y a une certaine quantité de tissu fibrillaire.

Les éléments nucléés existent encore dans les intervalles qui séparent les cellules, probablement le long des vaisseaux capillaires sanguins, mettant en communication les vaisseaux interlobulaires avec la veine intralobulaire.

En somme, il s'agit là d'une hépatite interstitielle, remarquable par le nombre énorme d'éléments nucléés, soit accumulés au voisinage des vaisseaux, soit disséminés dans les travées des cellules hépatiques.

2^o Le docteur R. Thomas publie, dans les archives de Virchow, un travail contenant des recherches anatomiques sur le lupus.

Dans ce travail, qui repose sur dix-huit cas, nous en trouvons deux qui nous intéressent tout particulièrement.

OBS. X. — Lupus ulcéreux de la muqueuse du nez, du pharynx et du larynx.

Un jeune homme de 17 ans, fortement cyphotique, était depuis longtemps atteint d'ulcérations qui, du bout du nez, s'étendaient à la muqueuse nasale. La lèvre supérieure et la gencive avaient également subi des pertes de substance; le voile du palais était rouge et peu mobile. Le traitement chirurgical avait presque amené la guérison des ulcères de la face quand le malade succomba à une bronchite intense.

A l'autopsie, pleurésie et bronchite des deux côtés, périfbronchite et broncho-pneumonie à droite. (Nous ne mentionnons ici que ce qui se rapporte aux muqueuses).

La muqueuse nasale est particulièrement épaissie à l'orifice antérieur des fosses nasales. Au niveau de la cloison et du cor-

net inférieur elle paraît brunâtre. La muqueuse buccale est également gonflée par places, notamment au niveau des molaires supérieures; le voile du palais est épaissi de même, la luvette raccourcie et élargie.

L'orifice supérieur du larynx se présente sous la forme d'une fente ovale. A son extrémité antérieure cette fente est limitée par une saillie épaisse qui englobe l'épiglotte et qui se prolonge en arrière sur les ligaments aryéno-épiglottiques. Ceux-ci sont fortement soulevés et donnent en partie la sensation d'un corps résistant, en partie celle de l'œdème. L'extrémité postérieure de l'orifice laryngé est également épaissie, et tous les plis de la muqueuse sont effacés. L'épaississement et le gonflement s'étend dans l'intérieur de sa cavité, de sorte qu'on ne peut plus distinguer ni les cordes vocales, ni les ventricules. La muqueuse trachéale est recouverte de mucus et gonflée dans sa partie supérieure.

Les ganglions cervicaux sont augmentés de volume, en partie caséux et farcis dans le reste de leur étendue de nodosités miliaires grises et gris-blanchâtres.

Le long de l'artère sylvienne moyenne, la pie-mère présente des deux côtés des traînées d'un exsudat jaunâtre et caséux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE NASALE. — Les vaisseaux sont fortement dilatés, et dans l'épaisseur du tissu de la muqueuse, on trouve une grande quantité de cellules fusiformes remplies d'un pigment granuleux, jaune-rougeâtre, probablement sanguin. A côté de cela l'on trouve dans toutes les couches, jusqu'au cartilage et l'os, un nombre plus ou moins grand d'éléments lymphoïdes qui, en plusieurs endroits, s'accumulent immédiatement au-dessous du revêtement épithélial, pour constituer de petits amas nodulaires. Les nodosités contiennent pour la plupart ces groupes arrondis, constitués par un mélange de cellules rondes et de cellules géantes que nous avons si souvent signalés. (On retrouve la même description dans tous les cas rapportés par l'auteur).

La couche épithéliale est intacte par places, en d'autres points elle a complètement disparu, ou bien elle existe encore, mais ses éléments ont été complètement dissous par les cellules lymphoïdes.

La muqueuse du voile du palais et du larynx présente par places un épaissement fibreux, par places elle présente la même infiltration lymphoïde que la muqueuse nasale. Les cellules lymphoïdes suivent le trajet des vaisseaux et sont en général accumulées dans les couches superficielles ; elles entourent une grande quantité de ces agglomérations de cellules géantes qu'on rencontre plus rarement dans la profondeur et dans le tissu cellulaire intermusculaire. La couche épithéliale est partout intacte.

Les nodules des ganglions et ceux de la pie-mère présentent une constitution analogue.

OBS. XVIII. — Lupus ulcéreux de la peau et de la muqueuse pharyngo-laryngienne.

Une jeune fille de quatorze ans, souffrait déjà depuis quelque temps d'un lupus de la face. Les deux piliers du voile du palais du côté gauche sont rouges et gonflés et circonscrivent une tumeur de la grosseur d'une noix et fortement proéminente, qui touche par en bas à l'amygdale rouge et augmentée de volume. La luette est raccourcie, les bords du voile du palais sont sinueux et irréguliers. D'après la communication du docteur Inrasz, l'épiglotte manque presque complètement, la muqueuse laryngée est rouge et épaissie, et la cavité du larynx se présente sous la forme d'un orifice ovalaire très-étroit.

La petite tumeur du voile du palais fut enlevée avec l'instrument tranchant et examinée en même temps que des parties malades de la peau.

La structure est la même : Dans les deux cas c'est un tissu de granulations dans lequel on retrouve des cellules rondes et des cellules géantes.

La constitution de la petite tumeur concorde tout-à-fait avec ce que l'on observe dans le lupus tubéreux de la peau.

D'après cet auteur, le lupus ulcéreux et le lupus serpiginieux auraient leur point de départ dans le tissu cellulaire. Les altérations de la couche épithéliale ne seraient que secondaires.

En résumé, voici comment se produit le lupus, d'après cet auteur.

La maladie débute par une multiplication ou extension des vaisseaux capillaires du derme. Immédiatement autour du réseau vasculaire, se forment dans une grande étendue des traînées d'éléments lymphoïdes qui, par leur confluence, produisent par places des amas nodulaires plus ou moins développés. Les nodules sont constitués par des cellules de petite dimension et un grand nombre de petits vaisseaux, structure qui concorde tout-à-fait avec celle du tissu de granulation.

Ce n'est que plus tard qu'une partie des éléments de la tumeur subit une autre modification, et l'on trouve dans ce tissu de granulation de petits groupes arrondis de grandes cellules rondes, riches en protoplasma. A ce point du développement commence déjà la métamorphose régressive des éléments de la tumeur, car la dégénérescence graisseuse et caséuse conduit à la résorption et à l'ulcération.

Le lupus observé sur la muqueuse du nez, du pharynx et du larynx offrait la même structure que les tumeurs de la peau. Le développement est également le même.

3° Voici maintenant, dans le même ordre d'idées, une note que nous avons trouvée dans la revue d'Hayem.

Le tissu de granulation et son importance pour la scrofule par Rabl, Stricker, *es Jahrb*, II, p. 157, 1876. — (*Revue scientifique* d'Hayem, t. VIII, trad. de Dreyfus).

Le tissu de granulation que Virchow a décrit dans la syphilis, le lupus, la lèpre, joue pour Rabl dans la scrofule un rôle pré-

pondérant. Il est pour la scrofule ce qu'est la gomme pour la syphilis. La grande majorité des processus strumeux dérive de la formation et du développement du tissu de granulations. On y trouve tous les éléments du tissu cellulaire, sous toutes les formes, mais surtout à l'état embryonnaire; cellules lymphatiques, cellules de tissu conjonctif à noyaux multiples, se multipliant par division ou formation endogène. Les cellules géantes constituent un des éléments les plus importants de la granulation scrofuleuse, quel qu'en soit le siège, os, peau, muqueuses : elles sont très-irrégulières, de forme et de grandeur variables. Elles ne sont pas du reste caractéristiques de la scrofule, pas plus que le tubercule miliaire, car on les retrouve dans des processus inflammatoires non spécifiques. Tous les éléments de la granulation sont dus à la protifération soit des cellules conjonctives, soit des endothéliums, soit même des cellules osseuses devenues libres. On rencontre encore dans le tissu de granulation scrofuleuse des cellules fusiformes et des fibres élastiques reproduisant surtout le type embryonnaire. Il y existe aussi des vaisseaux, artères, veines et capillaires, les derniers seuls de nouvelle formation.

La granulation scrofuleuse une fois constituée peut, soit former les éléments permanents, fibres et cellules fusiformes, soit subir la dégénérescence caséuse. Cette dernière évolution est la plus fréquente et bien souvent au centre de la granulation encore en voie de formation, on voit déjà se produire les foyers caséux qui l'envahissent peu à peu.

Quant à l'origine de la granulation scrofuleuse, Rabl l'attribue soit à la prolifération des éléments du tissu conjonctif, soit à la transformation des éléments migrants de la lymphe s'arrêtant en un point de l'organisme et proliférant en vertu d'une prédisposition innée ou acquise, sous le coup de fouet de la plus légère irritation.

Passant en revue les altérations scrofuleuses de la peau, des muqueuses, des os, des glandes, Rabl retrouve la granulation

spécifique dans toutes ces lésions, depuis l'eczema jusqu'à l'ostéomyélite strumeuse.

De tous ces faits, et enfin de l'étiologie et de la marche de la maladie, Rabl déduit la définition suivante de la scrofulose :

La scrofulose est une affection spéciale de l'organisme entier ou d'une partie du corps, sans rapport direct avec la syphilis, affection caractérisée par la production d'un tissu particulier, transitoire, «le tissu de granulation scrofuleuse», qui possède une remarquable tendance à récidiver et à persister très-long-temps.

La scrofule et la tuberculose pulmonaire ont d'étroites connexions. Dans la tuberculose il faut distinguer la granulation tuberculeuse, forme aiguë, et les infiltrations caséuses. Ces dernières relèvent directement de la scrofulose dont elles ne constituent qu'une variété, scrofule des organes profonds. La tuberculose miliaire est une maladie infectieuse, aiguë, conséquence de la transformation ultime des processus réunis sous le nom général de scrofulose.

Enfin, à propos d'une observation d'angine scrofuleuse, que nous reproduisons plus loin, recueillie à la Pitié par M. Landrieux et qui s'est terminée par une ulcération de la carotide, M. le docteur Neveu fit un examen microscopique qui donna les résultats suivants :

Tout le tissu pharyngien et ses dépendances sont frappés d'une double lésion :

1° Dans les parties les plus profondes, il y a une hyperplasie du tissu conjonctif très-considérable, à tel point que, vers les corps des 2^e, 3^e et 4^e vertèbres cervicales, le pharynx et le tissu cellulaire lâche qui le sépare des parties profondes, sont réunis avec le périoste en une seule masse dure, criant sous le scalpel. Ces lésions, indices d'un état chronique, ont amené des ossifications périostiques, ostéophytiques des corps des premières vertèbres. Plus on se rapproche de la muqueuse, plus le tissu in-

duré diminue de résistance; mais, jusqu'au contact de la muqueuse même, il conserve son caractère hyperplasique. Ce tissu, de nouvelle formation, a étouffé en grande partie les fibres musculaires, ainsi que les vaisseaux. En un mot, cette hyperplasie qui a produit sur le périoste une certaine tendance à l'organisation, a empêché la nutrition des éléments constitutifs du pharynx, et y a produit une tendance nécrobiotique manifeste;

2° La muqueuse n'existe plus comme telle; à la coupe on ne retrouve plus d'épithélium; en tous points, elle est remplacée par une grande quantité de leucocytes qui y forment une couche continue et qui, vers les parties profondes, constituent des îlots qui s'enfoncent petit à petit dans le tissu dense que nous venons de décrire et qui y disparaissent.

Les parties avoisinantes du pharynx ont été saisies dans ce double processus, suppuratif à la surface et hyperplasique dans les parties profondes. Ainsi s'explique l'ulcération de la carotide, qui a été entraînée par la rétraction puissante de ce tissu jusque vers la surface pharyngée, et qui est devenue petit à petit, par voie de suppuration progressive, le siège de l'ulcération qui a produit la mort.

L'autre opinion, qui considère tout particulièrement le lupus comme étant en relation plus spéciale avec une altération des glandes, a en sa faveur, outre l'opinion de Rindfleisch, celle de M. Robin, dans l'examen de quelques cas d'esthiomène de la vulve du mémoire d'Huguier; et enfin, dans ces dernières années, les recherches de M. Cornil qui a plus particulièrement étudié cette question à l'occasion de deux manifestations considérées comme scrofuleuses et de siège bien différent.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une scrofulide de l'isthme du gosier dans laquelle il constate, en dehors de formations conjonctives, une dilatation exagérée des glandes et de leur conduit excréteur.

Voici d'ailleurs la relation de ce fait qui fut publié dans le bulletin de la Société médicale des Hôpitaux.

Angine scrofuleuse grave devant être considérée comme un lypus de l'isthme du gosier.

« Le voile du palais, examiné dans toute la portion qui s'étend de la voute palatine à la luette, était à sa surface, irrégulier et granuleux; son épaisseur était considérable : elle mesurait, en moyenne, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Après que la pièce eût été suffisamment durcie par l'acide chromique, j'en ai fait des coupes normales à la surface, et voici ce qu'on y voyait : A l'œil nu, une surface de section présentait au dessous de la muqueuse pharyngienne, à couches parallèles à la muqueuse, et au dessous de cette couche, dans les deux tiers supérieurs du voile du palais, des acini assez volumineux (de 1 à 3 millimètres de diamètre), séparés par des interstices de tissu fibreux et reliés à la surface par des lignes que l'examen microscopique a montré être des conduits excréteurs.

» Avec un grossissement de 80 diamètres, la partie superficielle de la coupe présentait des papilles volumineuses et saillantes possédant à leur centre de nombreuses anses vasculaires. Dans la partie profonde, les acini déjà visibles à l'œil nu, composés de culs-de-sac s'ouvrant dans des canaux excréteurs, étaient très-manifestes, séparés les uns des autres par du tissu cellulo-graisseux, et venant s'ouvrir à la surface par des canaux volumineux. Les canaux étaient beaucoup plus minces à leur terminaison à la surface du voile du palais, qu'à leur origine au centre des acini, où ils se dilataient comme les conduits galactophores avant leur terminaison.

» La portion intermédiaire entre la couche des papilles et la couche glandulaire était formée de tissu fibreux.

» A un plus fort grossissement (300 diamètres), la muqueuse palatine présentait plusieurs couches d'épithélium pavimenteux prismatique et nucléaire, engainant les papilles déjà mention-

nées. La couche de tissu fibreux était très-riche en noyaux, et, dans la couche glandulaire, on avait la structure complète des glandes acineuses; chaque cul-de-sac possédait une membrane propre très-mince, de 0,002, une ou plusieurs couches de cellules pavimenteuses de 0,009 à 0,014, possédant un noyau. Les cellules étaient finement granuleuses. Un grand nombre de culs-de-sac étaient distendus et complètement remplis de cellules. Ces culs-de-sac étaient, dans un même acini, presque en contact les uns des autres, séparés seulement par les minces cloisons où passaient les vaisseaux.

» Les amygdales avaient à peu près leur volume normal. En résumé, la muqueuse pharyngienne était hypertrophiée dans tous ses éléments; sa surface était recouverte de papilles bourgeonnantes; le tissu conjonctif sous-muqueux très-épaissi, et les glandes avaient acquis un volume considérable. »

Dans le second cas, il s'agit d'une présentation remarquable faite à la Société anatomique en 1874 et se rapportant à un esthiomène de la vulve à forme ulcéreuse et cicatricielle, dans lequel les lésions initiales étaient représentées par une sorte d'épithélioma tubulé des glandes sébacées, amenant assez rapidement la destruction des couches superficielles de la muqueuse, guéries plus tard par une cicatrisation contenant quelques globes épidermiques, reste de glandes hypertrophiées.

Voici d'ailleurs ce second cas extrait du *Bulletin de la Société anatomique* :

Epithéliome tubulé de la vulve, des grandes lèvres, de la peau, du pubis et de la région inguinale, terminé par une cicatrisation très-étendue, par M. V. Cornil, médecin des Hôpitaux.

Dans le courant de décembre 1873, j'ai fait à l'hôpital de la Charité l'autopsie d'une femme âgée, morte dans le service de clinique de M. Bouillaud, suppléé par M. Brouardel.

Cette femme, qui succombait à une pyélo-néphrite suppurée avec de petits abcès dans le parenchyme rénal et une cystite (ainsi que le montra l'autopsie), était entrée dans le service pour une affection ulcéreuse de la vulve et de la peau du pubis. L'utérus et ses annexes étaient normaux.

La peau du pubis, des grandes lèvres et des régions inguinales de chaque côté, jusqu'auprès de l'épine iliaque, est complètement glabre, lisse, d'un blanc mat comme un tissu de cicatrice, et on y voit des inégalités et des épaissements partiels de la peau, qui la font ressembler au tissu cicatrisé d'une brûlure du second degré. Ce qu'il y a de très-remarquable, c'est l'absence absolue de tout poil ou duvet dans ces régions. Le bord de la cicatrice est irrégulièrement serpiginieux, mais sans présenter de festons ni d'ilôts circulaires. Dans sa presque totalité, ce bord est simplement la limite entre la partie cicatrisée et déprimée et la peau normale, et il n'y a de bourrelet indiquant un travail morbide siégeant dans la peau voisine qu'à la partie la plus interne de la région crurale. Là, en effet, on voit du côté de la peau, en contact avec la vulve et les liquides qui la baignaient pendant la vie, des végétations très-congestionnées, d'un aspect framboisé.

Au niveau de la cicatrice blanche, la peau recouverte d'un épiderme qui se continue sans interruption avec celui de la peau avoisinante, est mince et fibreuse. On peut, en la pincant, apprécier cette minceur qui apparaît bien nettement lorsqu'on a fait une section qui passe à la fois par la peau normale et par la portion cicatrisée. En regardant de près la surface de cette peau cicatrisée, on y reconnaît de petits grains durs, les uns de couleur noirâtre, les autres de couleur grise, et du volume de grains de millet ou plus petits; quelques-uns ont un point noir à leur centre. Ils sont recouverts par la couche épidermique qui est partout lisse, de sorte qu'on peut préjuger à l'œil nu qu'il n'y a pas de papilles dans le chorion.

La vulve et, en particulier, les petites lèvres, présentent une

configuration irrégulière, des végétations et des bourgeonnements, mais sans ulcérations.

A la partie postérieure de la cuisse droite, au-dessous du pli fessier, il existe deux ulcérations profondes de la peau, assez voisines l'une de l'autre; l'une d'elles, la plus considérable, a environ 6 centimètres dans son plus grand diamètre. Ces ulcères sont profonds, leur paroi un peu tuméfiée, leur bord est taillé à pic et leur fond irrégulier est bourgeonnant, couvert d'un détritüs gris, cailleboté, plus épais, plus grumeleux que du pus.

A l'œil nu, cette lésion de la peau des régions inguinales, de la vulve et de la partie voisine de la peau de la cuisse, répondait très-complètement à la description de l'esthiomène de la vulve, donnée par Huguier. D'après cette description, on en aurait fait une forme d'esthiomène à la fois végétante et ulcéreuse, terminée sur la plus grande partie de son étendue par une cicatrisation et une guérison complète. C'était par conséquent une occasion d'étudier histologiquement une lésion qui a été rangée, comme on le sait, dans le groupe encore mal déterminé des Lupus.

Voici ce que l'examen histologique nous a appris: La partie cicatrisée, étudiée à l'état frais le jour de l'autopsie, montre à la surface de la peau des couches de cellules épidermiques peu épaisses. La couche profonde, qui correspond au réseau muqueux de Malpighi, montre par places du pigment brun ou noirâtre dans les cellules épithéliales, ainsi que cela a lieu souvent dans les cicatrices. Les petits grains grisâtres ou noirâtres signalés à l'œil nu, siègent au-dessous de cette couche dans le tissu conjonctif sous-épidermique. Ils sont formés par une accumulation de cellules épithéliales pavimentteuses, implantées sur la paroi d'une cavité creusée au milieu du tissu conjonctif du derme. Les cellules les plus rapprochées de la paroi sont habituellement pigmentées. Le pigment brun ou noir siège dans le protoplasma de la cellule autour du noyau. Ces cellules isolées

montrent, en effet, des prolongements irréguliers de leur protoplasma, prolongements qui s'engrènent avec ceux provenant des cellules voisines; les granulations colorées siègent aussi dans ces prolongements. La forme des cellules est polyédrique, très-irrégulière, ou allongée avec deux prolongements très-long, ou presque ronde. Le noyau est ovoïde, gros et facile à colorer par le carmin. Lorsque, sur une section suffisamment mince de ces nodules, on a coloré les noyaux par le carmin, on voit entre les noyaux des tractus pigmentés, qui ne sont autres que le protoplasma et ses prolongements remplis de pigment

Après que la pièce eut été durcie par le séjour dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, on vit sur des sections minces perpendiculaires, à la surface de la peau, que le corps papillaire était très-atrophié. Il est seulement représenté par quelques saillies irrégulières, distantes les unes des autres, généralement obliques, et entre lesquelles s'insinue le revêtement épithélial; parfois deux ou trois de ces saillies apparaissent par places. Les couches de cellules qui représentent le corps muqueux et l'épiderme, sont beaucoup moins abondantes que sur la peau saine. Le derme est, de même que les rudiments des papilles, infiltré de cellules pour la plupart rondes et petites, interposées aux fibres du tissu cellulaire. Cependant, dans les points où le derme est plus atrophié, les fibrilles de tissu conjonctif ont une direction parallèle à la surface de la peau, et il en est de même des fibres élastiques. Cette disposition est surtout très-marquée tout autour des îlots d'épithélium précédemment décrits. Là, en effet, le tissu conjonctif est aplati et très-serré autour de l'îlot; ses fibres sont parallèles à sa surface et elles sont séparées par des cellules plates dont on voit le noyau allongé et aplati, lorsqu'on examine une section mince du tissu.

Les îlots de cellules pavimenteuses sont sphériques pour la plupart. Au centre de quelques-uns, nous avons vu des cellules cornées, aplaties, et dans deux de nos préparations nous avons

reconnu la coupe d'un poil qui était resté emprisonné dans ce kyste de rétention de cellules épidermiques. Plusieurs de ces îlots d'épithélium se continuaient directement avec la couche épidermique superficielle par un goulot plus étroit entre deux papilles, dont l'espace de séparation était rempli de cellules pavimenteuses. Nous n'avons pas vu là de glandes sébacées reconnaissables à leurs culs de sac, ni à leurs cellules graisseuses. Le chorion fibreux n'était pas très-épais : à sa partie inférieure, à sa limite avec le tissu cellulo-adipeux, il existait des glomérules plus ou moins atrophiés, mais encore reconnaissables, des glandes sudoripares caractérisées par les sections de tubes, constitués eux-mêmes par leur membrane d'enveloppe et leurs petites cellules. On pouvait suivre aussi le trajet des tubes sudoripares dans le derme jusqu'à la couche épidermique. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané n'était pas altéré. A la limite de la peau saine avec la cicatrice, il n'y avait pas de vestiges de production morbide quelconque.

Le résultat de l'examen de la partie cicatrisée de la peau peut donc se résumer ainsi :

Inflammation chronique ulcéreuse du derme, terminée par une atrophie des papilles, la destruction des glandes sébacées et des follicules pileux, qui ne sont plus représentés que par des petits kystes de rétention, contenant des cellules pavimenteuses et cornées, quelquefois même un fragment de poil ; intégrité complète du tissu cellulo adipeux sous-cutané. Il serait impossible de dire, d'après l'examen de la cicatrice, quelle a été la lésion primitive de la peau.

A la partie inférieure et interne de l'ulcère primitif, il y avait un rebord cutané végétant. Sur des sections de la peau dans cette partie, nous avons trouvé des papilles extrêmement hypertrophiées, divisées et subdivisées, couvertes par des couches de cellules qui se prolongeaient entre elles, mais qui ne s'enfonçaient pas plus loin que la limite superficielle du chorion. Il n'y avait là non plus rien de caractéristique et qui différât d'une

inflammation simple, donnant lieu à des végétations papillaires en forme de choux-fleurs. Dans toute la région papillaire et auprès d'elle, les vaisseaux étaient gorgés de sang et très-dilatés. Il y avait aussi de véritables ecchymoses des papilles, consistant dans une augmentation de grosseur des papilles, dont le tissu était infiltré de globules rouges.

L'examen des ulcères de la peau de la partie postérieure de la cuisse nous a, au contraire, donné un résultat des plus nets au point de vue de la nature de l'ulcération. Là il s'agissait d'un épithéliome tubulé, aussi caractérisé que possible. Au bord de l'ulcération, au-dessous des couches épidermiques et papillaires encore intactes, on voyait des tubes arborisés siégeant dans le derme, partant le plus souvent et s'étendant en prolongements rayonnés, anastomosés les uns avec les autres. Ces lobules de l'épithéliome tubulé étaient généralement circulaires sur une surface de section; ils étaient entourés par une zone de tissu conjonctif épaisse, à fibres dirigées circulairement, c'est-à-dire parallèles à la limite du lobule.

Ils contenaient des cellules pavimenteuses, petites et munies de noyaux. Ces cellules, unies les unes avec les autres, pouvaient se détacher facilement du tissu conjonctif avec lequel elles étaient en contact, en sorte qu'on voyait souvent, sur les sections minces, la paroi fibreuse séparée du boyau épithélial. Il était facile alors de s'assurer que les cavités creusées dans le tissu conjonctif, ne possédaient pas de membrane propre qu'on puisse comparer à une membrane de glandes. Mais, par contre, il y avait là, à la limite interne de ces cavités, une couche de cellules plates adhérentes au tissu conjonctif. Au-dessous et à côté de ces productions nouvelles, les glandes sudoripares montraient leur glomérules normaux. Le tissu conjonctif du derme était, dans ces mêmes points, riche en éléments cellulaires ronds et petits. Dans la partie ulcérée, le fond de l'ulcère était constitué, en l'absence d'épiderme et de papilles, par le tissu de la tumeur, tubes épithéliaux et tissu conjonctif embryonnaire :

les boyaux d'épithélium versaient directement leur contenu sur la surface de l'ulcération.

Enfin, dans la partie centrale et la plus considérable de l'ulcère, il n'y avait plus que le tissu enflammé et suppurant du derme; on ne trouvait plus les productions épithéliales ni les boyaux du cancroïde. Ainsi, sur une section comprenant toute l'étendue de l'ulcère et ses bords, on voyait la peau normale présenter, à mesure qu'on se rapprochait du bord de l'ulcère, une augmentation de grosseur de ses papilles. Celles-ci présentaient des vaisseaux volumineux, et même dans quelques-unes il y avait un épanchement de globules rouges, du sang infiltré dans le tissu conjonctif lâche de la papille. Au niveau du bord saillant, les papilles et la couche épidermique étant intactes, il y avait des groupes de boyaux épithéliaux dans la couche profonde du derme. Dans la partie ulcérée, l'épiderme et la couche papillaire manquaient. Les boyaux d'épithélium existaient dans la profondeur et à la surface du tissu inflammatoire où ils venaient s'ouvrir. Mais, dans la plus grande partie de l'ulcération, il n'y avait plus trace de boyaux épithéliaux. Dans un point de l'ulcère existait un îlot saillant, entouré de toutes parts par l'ulcération et qui montrait l'épiderme à sa surface, et, au-dessous, la couche papillaire intacte et isolée des productions morbides.

Nulle part la néo-formation et la suppuration ne s'étaient étendues jusqu'au tissu cellulo-adipeux sous-cutané qui était respecté et formait la limite de la néo-formation et de l'ulcération.

Nous croyons qu'il est impossible de ne pas admettre que la cicatrice ne résulte pas d'un processus semblable à celui de l'ulcère en voie d'évolution et qui, dans son centre, ne différerait pas d'un ulcère inflammatoire. Nous croyons, en un mot, qu'il s'agit d'un épithéliome tubulé considérable par son étendue en surface, très-limité par son étendue en profondeur et terminé sur sa plus grande surface par une cicatrisation définitive.

Si l'on compare ce fait avec la description à l'œil nu de l'esthiomène de Huguier, on voit qu'il y a similitude complète. On doit donc penser que les faits de Huguier sont variés au point de vue de l'analyse histologique, et que l'épithéliome tubulé peut affecter le siège et l'apparence du syndrome esthiomène vulvaire.

Si l'on se reporte à la description du lupus, donnée par les auteurs, on verra que l'histologie du lupus n'est pas faite d'une façon définitive, et que les uns, tels que Rindfleisch, ont trouvé des productions épithélioïdes, tandis que d'autres n'ont rencontré qu'un tissu embryonnaire. Aussi est-il nécessaire de faire exactement l'analyse histologique de chaque cas en particulier.

D'après le mémoire de Huguier il existait, dans le derme, dans plusieurs de ses cas d'esthiomène, des masses épithéliales (examen fait par M. Charles Robin); mais les examens ayant été faits par la dissection et non à l'aide de coupes montrant le siège exact et la disposition de ces masses épithéliales, il est difficile de savoir à quelle variété de tumeurs épithéliales on avait affaire en pareil cas, et même on pourrait croire qu'il s'agissait de cellules du corps muqueux ou des glandes.

D'après l'observation qui précède, il est certain que l'épithéliome tubulé peut être assez superficiel, quoique très-étendu pour guérir en laissant une cicatrice complète sur une portion considérable de la peau. Les particularités de structure qui se rattachent à cette cicatrice et à la tumeur en voie d'ulcération, nous ont paru assez importantes pour être publiées dans tous leurs détails; la partie ulcérée elle-même donne une preuve de la possibilité de la cicatrisation; car le centre de l'ulcération ne diffère pas d'une plaie de bonne nature, et l'inflammation après la destruction et l'élimination des masses épithéliales ne s'étend pas au-delà du derme. M. le professeur Verneuil a insisté avec raison sur la gravité de ces tumeurs (*adénomes sudoripares*) moindre que celle des cancroïdes lobulés, et nous avons, il y a huit

ans, observé, M. Ranvier et moi, un épithéliome tubulé de la peau du pied enlevé par M. Richet, où il y avait des parties cicatrisées.

Entre deux opinions si diamétralement opposées, nous n'avons pas à nous prononcer, et nous estimons que de nouvelles investigations sont nécessaires.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des lésions physiques et fonctionnelles que provoquent les scrofulides des muqueuses sur les divers organes qu'elles frappent. Ce qu'on peut dire d'une manière générale, c'est que les symptômes varient selon qu'on a affaire à une scrofulide superficielle ou à une scrofulide grave, et que les lésions fonctionnelles sont généralement en rapport avec la gravité des lésions anatomiques.

D'une manière plus générale encore, on peut dire que les scrofulides s'observent chez des individus manifestement scrofuleux, ou chez lesquels l'habitus scrofuleux est des plus évidents. Mais, au point de vue du diagnostic et du traitement il ne sera pas inutile d'entrer ici dans quelques détails, et de permettre ainsi d'instituer un traitement spécial de manière à prévenir les manifestations ultérieures de la scrofule.

« A ce point de vue, il faut reconnaître deux types de scrofuleux : le premier appartient à la scrofule torpide, le second à la scrofule irritative ; les caractères de ces deux types ont été bien indiqués par Canstatt.

» Dans la première forme, la tête est volumineuse, les traits sont grossiers, le nez et la lèvre supérieure sont tuméfiés, le menton est étalé et aplati, les tissus sont mous et comme spon-

gieux. Dans la forme irritative, la peau est remarquablement blanche, elle rougit avec une extrême facilité, elle est d'une si grande finesse qu'elle laisse apercevoir, par transparence, les veines rosées ou bleuâtres qui courent au-dessous d'elle ; les joues et les lèvres sont d'un rouge vif ; les clérotiques minces et translucides ont une teinte bleue, ce qui donne au regard quelque chose de noyé et de langoureux ; les muscles sont grêles et flasques ; le poids du corps est petit, eu égard au volume, ce qui tient à la faible pesanteur des os, les dents bleuâtres sont belles et brillantes, mais étroites et longues, les cheveux sont mous. » Quelques traits peuvent être ajoutés à ce tableau : dans les deux formes, les individus sont sujets, dès l'enfance, aux coryzas, aux angines, aux ophthalmies, ils ont des écoulements d'oreilles, des engelures, la moindre excoriation cutanée amène l'engorgement des ganglions correspondants ; d'autres ont de très bonne heure des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses ; tous sont nonchalants, peu énergiques ; résistant mal à la fatigue, ils l'évitent ; les organes digestifs fonctionnent mal ; il y a fréquemment de la diarrhée, les instincts généraux s'éveillent tardivement, la menstruation est différée et difficile ; selon les observations de Lugol, les femmes scrofuleuses avortent plus fréquemment que les autres» (*Jaccoud. loc. cit.*)

Ce tableau résume les signes physiques et fonctionnels de la scrofule à l'état constitutionnel ; il ne sera pas inutile maintenant de préciser la période de la maladie pendant laquelle on observe les scrofulides des muqueuses.

Bazin divise la scrofule en quatre périodes :

Dans la première, il place les lésions cutanées ; dans la seconde les engorgements ganglionnaires et les lésions des muqueuses ; dans la troisième les lésions osseuses ; dans la quatrième les lésions viscérales.

On voit que les lésions des muqueuses sont rattachées à la première période, avec les scrofulides cutanées et les engorgements ganglionnaires. Voici comment les diverses manifestations de cette première période se combinent dans la scrofule normale et régulière :

Ce sont d'abord des scrofulides catarrhales, s'accompagnant de lésions superficielles de la peau ; puis l'engorgement ganglionnaire se développe ; cet état reste ainsi le plus souvent stationnaire jusqu'à la deuxième dentition. C'est à partir de ce moment qu'on voit paraître les scrofulides cutanées malignes, et, avec ou sans elles, les scrofulides malignes des muqueuses.

Il est bien évident que nous ne pouvons donner ici que des indications générales : il faut dire cependant que la marche de la scrofule n'est pas toujours aussi régulière, qu'elle varie avec la cause qui lui a donné naissance, et qu'alors on peut voir une scrofulide muqueuse être la seule marque de la diathèse. C'est pour désigner ces formes que M. Bazin a créé la classe des scrofules fixes primitives.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Quand les scrofulides des muqueuses font leur apparition avec le cortège habituel des autres manifestations de la scrofule, le diagnostic est facile ; elles peuvent à la rigueur être confondues avec la syphilis, mais dans les cas classiques, il suffira d'un examen même superficiel pour distinguer les deux affections. Il en est de même de l'affection farcino-morveuse chronique qu'on pourrait, à la rigueur, confondre avec la syphilis ou la scrofule ; mais les commémoratifs seuls suffiront, le plus souvent, à lever tous les doutes.

Dans les cas plus complexes, quand on est en présence d'une de ces lésions limitées, il faudra encore avoir recours aux commémoratifs, examiner les conditions individuelles des malades, la marche et l'enchaînement des phénomènes, étudier les résultats de la médication. Du reste, le diagnostic de chaque scrofulide limitée sera indiqué à propos chacune d'elles.

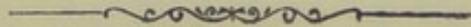
D'une manière générale, le pronostic est sérieux ; s'il n'y a que des scrofulides catarrhales, il faut les considérer comme un avertissement et se mettre en garde pour l'avenir, car ces lésions dénotent, à coup sûr, une constitution scrofuleuse. Si on est en présence de scrofulides malignes, le pronostic est encore beaucoup plus sérieux : elles amènent des destructions d'organes désormais irréparables et une abolition fonctionnelle définitive ; il faut ajouter qu'elles ne mettent nullement les malades à l'abri des lésions tertiaires et quaternaires de la scrofule.

TRAITEMENT.

Le traitement des scrofulides des muqueuses comporte deux ordres d'indications principales.

1° Il faut fortifier la constitution du malade par une alimentation substantielle, surtout animale, par l'habitation à la campagne, l'exercice au grand air, les bains, etc. Lugol a fait connaître les bons effets de l'iode, les préparations toniques et amères telles que la gentiane, les feuilles de noyer, le quinquina, la quassia amara, l'huile de foie de morue, même à petites doses, l'iodure de potassium pur ou mêlé avec l'iodure de fer. Citons encore les bains de mer, et plutôt les eaux sulfurées et chlorurées sodiques. Nous n'insistons pas davantage sur le traitement général connu et indiqué dans les classiques.

2° Le second ordre d'indications découle des manifestations que présente la scrofule sur chacune des muqueuses : ces indications seront données à propos de chaque scrofulide en particulier.



... ..
... ..
... ..

... ..

DEUXIÈME PARTIE

Des Scrofulides des Muqueuses en particulier.

DEUTSCHE PATENT

Das Reichsamt der Patente und Marken

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE V

SCROFULIDES DE LA MUQUEUSE OCULO-PALPÉBRALE.

Rien de plus commun, de plus vulgaire que les manifestations scrofuleuses de la conjonctive. Tous les auteurs qui ont écrit sur la pathologie oculaire, s'accordent à reconnaître la fréquence de l'ophtalmie scrofuleuse ; et M. Bazin s'appuyant sur les travaux de ses devanciers et sur une longue expérience personnelle, donne dans le classement des scrofulides des muqueuses le premier rang aux scrofulides de cette membrane.

Mais que doit-on entendre sous le nom de scrofulides de la conjonctive ? Appellera-t-on ainsi toute altération inflammatoire ou autre de cette muqueuse, qui se montrera chez un sujet franchement strumeux et qui présentera certains caractères, entre autres la fixité et la durée, habituels aux manifestations de cette diathèse ? Ou bien ne devra-t-on regarder comme ophtalmie scrofuleuse que les inflammations conjonctivales accompagnées d'éruptions vésiculeuses ou pustuleuses ?

Pour les auteurs anciens, il n'y a pas de doute. La vésicule et la pustule donnent à l'affection conjonctivale le cachet scrofuleux.

« La conjonctivite catarrhale, dit Landau, survenue sous » l'influence du froid ou de toute autre cause, se transforme » chez les sujets scrofuleux en conjonctive phlycténulaire ou » pustuleuse. » Aujourd'hui, on admet que ces éruptions sont une expression familière mais non unique et indispensable du vice scrofuleux, et qu'il y a lieu de placer à côté de la scrofulide éruptive d'autres variétés, qui sont suffisamment caractérisées par la marche de la maladie et la constitution du sujet qui en est atteint. Nous décrivons donc, avec M. Bazin, une scrofulide catarrhale et des scrofulides éruptives de la conjonctive. Nous dirons aussi quelques mots du lupus de cette membrane, variété extrêmement rare.

Toutes les causes qui sont capables d'engendrer une conjonctivite simple, peuvent se rencontrer au début de l'ophtalmie scrofuleuse. Mais ce ne sont là que des causes occasionnelles, qui n'ont aucune influence sur l'aspect particulier de la maladie et sur lesquelles par conséquent nous n'avons pas à insister. Il n'en est pas de même d'un certain nombre de circonstances qui ont, au contraire, une réelle valeur étiologique sur le développement et la durée des scrofulides de la conjonctive. Cette membrane muqueuse, pendant une longue période de la vie, semble être un terrain tout particulièrement prédisposé aux manifestations scrofuleuses. Le plus grand nombre de ces scrofulides, se rencontre, en effet, de cinq à vingt ans. Passé cet âge, l'appareil de la vision n'a pas échappé à l'influence diathésique. Alors généralement ce n'est plus la conjonctive, mais les parties plus profondes de l'œil qui sont atteintes.

D'après des statistiques établies sur un grand nombre de cas, on peut répartir ainsi par groupes d'années leur fréquence relative. Le plus grand nombre de cas est observé de cinq à dix ans; puis la proportion, tout en restant assez élevée, diminue néanmoins de 10 à 15. De 15 à 20 ans et au-delà, les

manifestations primitives sur la conjonctive sont assez rares. On ne trouve guère que le reliquat des scrofulides datant de la première jeunesse.

Les scrofulides de la conjonctive ne se montrent pas avec la même fréquence dans tous les pays. C'est principalement dans les contrées à climats froids et humides qu'elles sont le plus communément observées. Les villes où un grand nombre d'individus vivent dans des habitations humides et peu exposées au soleil, souvent dans un air vicié, sont de véritables foyers d'ophtalmie scrofuleuse. A Vienne et à Paris, le nombre des scrofulides conjonctivales est considérable. Beer dit qu'à Vienne, sur 100 enfants affectés de maladies des yeux, 90 offrent les symptômes de l'ophtalmie scrofuleuse. Pour Bénédicte, on en trouverait 95 pour 100 à Breslau. A Paris, dit le professeur Richerand, le quart au moins en portent le germe. Au contraire, ces scrofulides sont rares dans les parties méridionales de l'Italie et, d'après le docteur Grégory, cette maladie paraît entièrement inconnue en Ecosse.

On a encore voulu faire jouer un rôle important à la dentition. Mais il ne s'agit là vraisemblablement que d'une coïncidence.

Les scrofulides de la conjonctive présentent de nombreuses variétés de siège. Tous les points de cette muqueuse peuvent être isolément ou simultanément atteints. On peut les observer sur les bords libres des paupières, sur la conjonctive palpébrale, angulaire et bulbaire. Elles peuvent même siéger sur la partie superficielle de la cornée, qui est revêtue, comme on le sait, d'une couche d'épithélium dépendant de la conjonctive. La membrane qui revêt le bord libre des paupières, présente la même structure que le reste de la conjonctive. Toutefois, elle renferme de plus des éléments anatomiques qui lui sont particuliers. Ce sont des poils et les glandes sébacées, qui leur

sont annexées. Or, les lésions fréquentes de l'appareil pilo-sébacé dans les affections du bord libre des paupières, leur donnent une physionomie spéciale. D'autre part, la maladie reste souvent localisée pendant longtemps et même pendant toute sa durée à ce bord libre. Il est donc naturel de faire un chapitre à part des scrofulides qu'on peut y rencontrer.

§ I. — SCROFULIDES DU BORD LIBRE DES PAUPIÈRES.

A. — *Scrofulide catarrhale.*

Elle est caractérisée à son début par une sécrétion qui, en se desséchant, agglutine les cils et donne lieu à des démangeaisons, à des picotements, très-rarement à de la douleur. Le bord libre des paupières est tuméfiée dans une certaine étendue, et dans le même point on constate une rougeur vineuse, sombre; parfois, en renversant la paupière, on aperçoit quelques stries rougeâtres verticales qui sont dues à l'hypérémie des glandes de Meibomius. De petites croûtes jaunâtres sèches entourent la base des cils à la manière de petits étuis. Si on enlève ces croûtes, on constate au-dessous d'elles l'existence de petites ulcérations de couleur rouge-foncée, saignant facilement, peu douloureuses. L'affection peut être très-limitée et occuper toute l'étendue des bords libres des paupières des deux côtés.

La marche de cette scrofulide est essentiellement chronique. Elle peut durer des mois, des années, disparaître pour se reproduire plus tard dans le même point; elle peut offrir des rémissions et des exacerbations. Si les lésions restent superficielles, si tout se borne aux petites ulcérations que nous avons

signalées plus haut, la guérison arrive à une époque plus ou moins éloignée. Si au contraire les ulcérations gagnent en profondeur, si l'inflammation s'étend à la conjonctive voisine, le bord libre des paupières ne revient plus à son état d'intégrité primitive. A la scrofulide bénigne surpercielle, a succédé la scrofulide maligne profonde.

B. — *Scrofulide éruptive.*

On voit souvent se développer sur le bord ciliaire de petites pustules de la grosseur d'un grain de millet. On peut les rencontrer encore isolées ou par groupes au niveau du cartilage tarse. Elles résultent alors de l'inflammation des conduits excréteurs des glandes de Meibomius. Elles débutent par un petit mamelon induré à la base, entouré d'une auréole rouge, au centre duquel apparaît bientôt un point jaunâtre. Après la rupture de ces pustules il reste des ulcérations qui se comblent en général rapidement. Mais quand une série de pustules a disparu, une autre série se montre. D'autres fois des séries de pustules alternent avec des orgelets. Dans bon nombre de cas, ces orgelets suivent leur marche habituelle et disparaissent. Mais assez souvent ils persistent et s'indurent (chalaza, grelon).

La terminaison habituelle est encore ici la guérison. Mais comme dans la scrofulide catarrhale, les ulcérations au lieu de se cicatriser peuvent gagner en profondeur; on a affaire à la scrofulide maligne.

C. — *Scrofulide maligne.*

Elle débute avec le masque de l'une ou l'autre forme bénigne que nous venons de décrire. Mais on remarque bientôt que le

bord libre des paupières est très épais et fortement induré. On y constate des ulcérations plus ou moins larges, assez profondes, dans lesquelles sont implantées des cils qu'on enlève avec la plus grande facilité. L'inflammation se propage à la conjonctive voisine. Cette membrane est rouge, épaisse, mamelonnée dans toute la portion qui recouvre la paupière. La peau elle-même peut être rouge, excoriée par les produits de sécrétion.

Cette scrofulide est grave. Sa durée est très-longue. Quand la cicatrisation est obtenue, on se trouve en présence d'une ouverture palpébrale à bords indurés ou très-amincis, rétrécie par le travail cicatriciel même. Le blépharophimosis acquis entraîne une gêne notable dans l'exercice de la vision. Les inégalités du bord ciliaire amènent, par suite des frottements sur la cornée, des kératites chroniques rebelles, des ulcérations et parfois la perte complète de la vue. D'autres complications peuvent encore se rencontrer. Souvent les cils s'atrophient, tombent et repoussent partiellement fins et décolorés. Mais d'autres fois leur direction seule est changée et alors ils entretiennent en frottant sur la conjonctive et sur la cornée des irritations chroniques de ces organes. Nous avons vu que la conjonctive palpébrale et la peau étaient souvent profondément modifiées dans leur texture au voisinage du bord ciliaire. Le travail cicatriciel interstitiel qui est propre aux scrofulides a souvent pour résultat la formation soit d'entropions, soit d'ectropions avec toutes leurs conséquences. Enfin, les conduits lacrymaux et le sac lacrymal n'échappent pas toujours au processus inflammatoire. Des dacryocystites chroniques, des tumeurs et des fistules lacrymales peuvent aussi s'observer.

§ II — SCROFULIDES DE LA CONJONCTIVE PROPREMENT DITE.

A. — *Scrofulide catarrhale.*

Cette scrofulide se présente au début avec la physionomie du catarrhe simple. Elle s'annonce par du larmoiement, par une sensation de corps étranger, de gravier dans le sac conjonctival, et objectivement par une hyperémie de la muqueuse, qui peut être partielle ou généralisée. Bientôt il se produit une sécrétion de mucus, d'abord peu abondante, qui se rassemble le matin dans le grand angle de l'œil; puis la sécrétion augmente d'abondance, prend les caractères du muco-pus et acquiert une âcreté particulière. En effet son écoulement sur la peau de la paupière inférieure et sur la joue amène de l'érythème et des excoriations. Si on retourne alors les paupières pour examiner la conjonctive palpébrale, ce qui est rendu facile par l'absence complète de douleurs, on constate que la muqueuse est d'un rouge vineux, sombre, tuméfiée, inégale. Sa souplesse est considérablement diminuée et dans certains cas, on a sous le doigt comme un corps charnu. Parfois elle présente un grand nombre d'élevures dues à l'hypertrophie du *corps papillaire*; ces saillies sont tantôt dures tantôt mollasses et donnent alors à la conjonctive un aspect fognueux. Elles peuvent acquérir un volume assez considérable au point de ressembler à des végétations (cas cité par M. Bazin). La conjonctive ne subit pas en général dans toute son étendue ces profondes modifications. Le plus souvent c'est la portion palpébrale et celle qui revêt les culs de sac qui en est le siège. Toutefois, la muqueuse oculaire peut y participer, et, dans ces cas, à l'hypertrophie peut se joindre un œdème sous-muqueux surtout accusé autour de la cornée (chemosis séreux).

Cette scrofulide a d'abord une marche périodique; puis elle s'établit à demeure et peut rester stationnaire assez longtemps, résistant aux traitements les plus énergiques. Elle se termine par résolution quand sa durée n'a pas été trop longue, par induration avec persistance de petites granulations inflammatoires; enfin un travail de cicatrisation interstitielle peut être le point de départ de brides persistantes qui limitent le jeu des paupières, gênent l'exercice de la vision ou entraînent la formation d'entropion. Les ulcérations de la cornée, les lésions profondes de l'œil, etc., peuvent coïncider, mais ne sont pas les conséquences de cette scrofulide.

B. — *Scrofulide éruptive.*

C'est de toutes les scrofulides de la conjonctive celle qui se rencontre le plus souvent. Aussi, pendant longtemps a-t-on décrit ces éruptions sous le nom d'ophtalmie scrofuluse. Nous verrons que les vésicules et les pustules de la muqueuse oculaire ne sauraient être cependant considérées comme des éléments spécifiques de la diathèse strumeuse.

Les scrofulides éruptives se caractèrisent par l'apparition soit de petites vésicules, soit de petites papules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle de la grosseur d'un grain de millet.

Les papules en se développant se transforment en pustules. On peut les voir sur toute l'étendue de la muqueuse oculaire; mais dans la très-grande majorité des cas, c'est sur la conjonctive bulbaire, au voisinage de la cornée qu'elles siègent. Tantôt elles arrivent jusqu'à la limite de cette membrane, tantôt elles empiètent sur elle et sont pour ainsi dire à cheval à la fois sur la conjonctive et sur la cornée. D'autres fois c'est sur cette

dernière exclusivement qu'elles se développent. Elles sont dues à une infiltration localisée de matière plastique plus ou moins fluide, sous la couche épithéliale qu'elles soulèvent. Elles ont une couleur blanc-grisâtre, qui peut plus tard prendre une teinte jaunâtre. En même temps que les vésicules ou les pustules se montrent, on voit se développer une vascularisation partielle de la conjonctive à forme caractéristique. Cette vascularisation revêt l'aspect d'un faisceau rougeâtre triangulaire à sommet répondant à l'éruption, à base tournée vers la périphérie. Le faisceau est constitué par deux plans de vaisseaux, les uns appartenant en propre à la conjonctive, ce sont les superficiels remarquables par leur aspect tortueux, les uns siégeant dans le tissu sous-conjonctival, d'un calibre plus ténu et à direction plus rectiligne.

On peut ne rencontrer qu'un seul bouton et un seul faisceau vasculaire. D'autres fois on trouve deux boutons assez rapprochés l'un de l'autre et réunis par quelques vaisseaux. La forme de cette éruption est alors celle d'un croissant à concavité regardant la phériphérie de l'œil (conjonctivite ou kératite en bandelettes). Il existe, dans ce cas, deux faisceaux vasculaires à direction divergente. Le nombre des boutons est illimité. Il existe des cas très-curieux où sept à huit pustules se disposent en anneaux sur la circonférence de la cornée. L'injection revêt alors aussi la forme d'un cercle, mais ce cercle est généralement moins étendu que les vaisseaux vasculaires annexés à une seule pustule. Rarement enfin on peut observer une vascularisation généralisée de la conjonctive oculaire, voir même de la muqueuse palpébrale.

La vésicule ou la pustule, après avoir persisté quelque temps, peut disparaître sans laisser de trace. Quand la couche épithéliale est détruite, le contenu des boutons s'échappe et une ulcération généralement superficielle persiste quelque

temps. L'ulcération peut gagner en profondeur. Elle se présente alors avec un fond grisâtre et des bords jaunâtres. Ici la cicatrisation se fait plus longtemps attendre et des taies momentanées ou définitives terminent la maladie.

Avec la disparition de l'éruption coïncide la disparition du faisceau vasculaire qui, d'après M. Wecker, s'opère de la manière suivante; «Les vaisseaux sous-conjonctivaux disparaissent en allant à la périphérie de la conjonctive à l'infiltration; les vaisseaux conjonctivaux, au contraire, s'effacent en allant de l'infiltration vers la périphérie de la muqueuse.»

Tant que la scrofulide éruptive ne siège pas sur la conjonctive, elle ne donne lieu qu'à une sensation de gêne, de corps étrangers. Mais si l'éruption gagne la cornée, ou bien si elle s'y développe primitivement, alors les malades accusent une photophobie intense et l'on voit se produire le larmolement: les deux symptômes, photophobie et larmolement, ont passé longtemps pour se rencontrer dans toutes les ophthalmies scrofuléuses. Dumesnil s'exprime ainsi: «Tous les auteurs donnent comme caractéristiques de l'ophthalmie scrofulense la photophobie et le larmolement.» Lebert fait la même remarque: «La photophobie est souvent un des symptômes les plus tenaces et les plus désagréables de l'ophthalmie scrofuléuse. Nous l'avons vue persister pendant des mois entiers.»

Pour se rendre compte de ces symptômes, on a cherché des explications. Pour Sichel, les malades, atteints de larmolement et de photophobie, présentaient tous sans exception, une injection plus ou moins forte de la sclérotique (complication rhumatismale très ordinaire). Lebert regarde la photophobie comme liée à une affection spasmodique. Il s'appuie sur ce que dans la pratique il l'a souvent combattue avec succès par une forte décoction d'herbe de jusquiame. «D'autre part, nous avons vu, dit-il, M. Angelstein, chirurgien à l'hôpital de clinique de

»Berlin, dissiper quelquefois promptement le symptôme par
»une méthode en apparence bien barbare. Il plongeait la tête des
»enfants atteints de photophobie dans un baquet rempli d'eau
»froide, et les les plaçait ensuite sur le bord d'une table, où
»l'instinct les avertissait qu'ils allaient tomber s'ils n'ouvraient
»pas les yeux. Nous devons à la vérité de dire que la photo-
»phobie a quelquefois cessé comme par enchantement par
»l'emploi de ce moyen.»

Quoiqu'il en soit de ces explications, nous dirons avec les ophthalmologistes les plus compétents que la photophobie, le larmolement et le blépharospasme se rencontrent le plus souvent, quand il existe des altérations coréennes, qu'au contraire ces symptômes manquent quand l'éruption est bornée à la conjonctive. Néanmoins dans quelques cas rares, sans qu'on puisse expliquer le fait, des phénomènes inverses ont été observés : absence de photophobie, alors même que des ulcères profonds occupaient la cornée ; existence d'une photophobie intense avec des éruptions ne siégeant que sur la conjonctive.

Les divers symptômes que nous venons d'énumérer, présentent cette particularité bien remarquable de s'amender le soir, de s'exagérer au contraire le matin.

Marche. — Les éruptions se montrent sur la conjonctive par poussées successives. Une seule atteinte est l'exception. Généralement une pustule est à peine guérie, qu'on en voit une ou plusieurs autres se produire. Chaque vésicule ou pustule évolue dans une période de quinze jours à deux ou trois mois.

L'affection se termine ordinairement par la guérison complète.

Il n'est cependant pas rare de voir persister pendant assez longtemps ou définitivement des taies sur la cornée. — Les

vaisseaux, au lieu de rester limités à la conjonctive, peuvent en se propageant amener un pannus partiel ou total.

C. — *Scrofulide maligne.*

Cette variété de scrofulide est peu connue. Les scrofulides catarrhales et éruptives, par leur persistance ou leur répétition, amènent dans la muqueuse et dans le tissu cellulaire sous-muqueux de profondes modifications. — La conjonctive est épaissie, dure, mamelonnée; des brides cicatricielles dans son épaisseur et au-dessous d'elle déforment les paupières. Dans ces conditions, le jeu de ces voiles est considérablement gêné et la vision peut être très-compromise par des kératites consécutives.

Dans ces cas, la scrofulide peut être appelée maligne, par les accidents dont elle est la cause. Maligne encore sera cette scrofulide éruptive dans laquelle une ulcération du bord de la cornée sera suivie d'un staphylôme ou d'une perforation de la chambre antérieure de l'œil avec toutes ses conséquences. Mais ces cas sont rares.

« On peut voir, dit M. Bazin, sur des sujets affectés de lupus, d'engorgements ganglionnaires ou même de caries scrofulieuses, survenir plus ou moins brusquement des ophtalmies fort graves. » Mais il s'agit alors de pustules se montrant primitivement au centre de la cornée, et on ne saurait voir là une scrofulide de la conjonctive.

On pourrait s'attendre à rencontrer du côté de la membrane oculaire des scrofulides de voisinage, analogues à celles que l'on trouve sur la pituitaire dans le cas de lupus de la face. Mais cette affection est peu commune au voisinage de l'œil. — Dans un cas de lupus généralisé de la face, qui fait l'objet d'une

observation très-intéressante et que nous avons trouvé consigné dans les Leçons sur la scrofule de M. Bazin, nous lisons : « Les paupières sont hypertrophiées comme le nez et les lèvres, et ont perdu leur souplesse et leur mobilité, d'où suivent un retrécissement notable et une rigidité insolite de leur ouverture. La cornée ne présente aucune altération, mais on remarque sur la conjonctive de petites granulations rouges et une injection assez prononcée de ses vaisseaux. » Ces lésions de la conjonctive, on le voit, sont celles de la scrofulide catarhale chronique, mais n'ont rien qui rappelle les lésions du lupus. Il est probable qu'il en a été ainsi dans les autres cas observés par M. Bazin, car cet auteur conclut de la manière suivante : « Sur la conjonctive palpébrale et oculaire, on ne distingue plus aussi bien que sur la pituitaire ou sur la muqueuse des lèvres les éléments anatomiques propres aux différentes variétés d'affections fibro-plastiques ou de lupus proprement dit. »

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic se tire de l'état général du sujet, des caractères et de la marche de l'affection. Lorsque ces deux éléments se trouvent réunis, lorsque l'on rencontre une ophthalmie à marche chronique chez un individu franchement scrofuleux, il ne peut y avoir de doute. Or, c'est le cas le plus fréquent. Les scrofulides de la conjonctive ouvrent, en effet, rarement le cortège des accidents scrofuleux. Les malades ont actuellement ou bien ont présenté des engorgements ganglionnaires, des écoulements de longue durée par le conduit auditif externe ou par les narines, des scrofulides cutanées.

Lorsque l'ophthalmie existe seule, l'embarras peut être grand. S'il s'agit d'un catarrhe, sa fixité, sa durée, l'absence de

douleur et de réaction générale, la coloration rouge vineuse sombre de la muqueuse, l'hypertrophie et l'état granuleux, bosselé de la membrane, les cicatrices profondes dont elle peut être le siège, enfin l'extension de l'affection à la cornée, qui se trouble, offre des taies ou des ponctuations louches, tout cet ensemble de caractères réunis peut entraîner une conviction sur la nature de la maladie. Mais, dans quelques cas, on restera dans le doute, et on ne pourra pas se décider entre la conjonctivite catarrhale simple ou rhumatismale et la scrofulide.

Si l'on a affaire à des éruptions conjonctivales, il faudra songer, avant tout, à la scrofule. C'est, nous l'avons dit, une de ses manifestations habituelles. Le diagnostic offrira d'autant plus de certitude que ces éruptions auront été plus répétées. Néanmoins on se souviendra que, particulièrement, les vésicules peuvent être des accidents herpétiques ou arthritiques, et il sera indispensable de rechercher dans les antécédents du malade d'autres manifestations de ces diathèses. — Lorsque l'apparition de ces vésicules coïncidera avec des douleurs ciliaires et circumorbitaires très-vives, on pensera au zona de la branche ophthalmique et le diagnostic s'imposera si on trouve d'autres vésicules d'herpès au voisinage des ouvertures de la face.

En résumé, le caractère et la marche des affections de la conjonctive donnent de grandes présomptions sur la nature de la maladie: mais on ne saurait en faire des éléments spécifiques. C'est principalement la connaissance du terrain, sur lequel elles se sont produites, qui permettra de se faire une opinion définitive.

PRONOSTIC.

Le pronostic est toujours sérieux. En effet, les scrofulides sont des affections de longue durée, rebelles souvent aux traitements les mieux institués et les plus rationnels. D'autre part, elles se compliquent souvent d'altérations de la cornée, qui peuvent entraîner une diminution ou une perte complète de la vision.

Le pronostic fâcheux augmente avec l'âge du malade. Les taires cornéennes ont, en effet, une grande tendance à disparaître dans la jeunesse, et nous avons pu voir des ulcères assez profonds ne laisser plus tard aucune trace. Après quinze ans, au contraire, la restitution *ad integrum* se rencontre beaucoup plus rarement.

TRAITEMENT.

Nous n'avons pas à nous occuper ici du traitement général, qui forme un chapitre particulier de ce travail.

Pour ce qui concerne le traitement local, le nombre considérable de remèdes employés est un signe de leur impuissance. Il ne rentre pas dans les limites de cette thèse de les énumérer tous. Nous renvoyons ceux que cette question pourrait intéresser aux livres spéciaux.

Nous n'indiquerons pour les scrofulides catarrhales d'une part, et pour les scrofulides éruptives de l'autre, que les médications le plus généralement suivies.

Scrofulide catarrhale. — L'usage de l'eau froide en douches ou en irrigations donne d'excellents résultats. Cette méthode est préférable à l'emploi de compresses d'eau froide renouve-

lées toutes les deux heures ; parce que leur usage ne peut être longtemps continué. Elles donnent lieu, en effet, à des douleurs circumorbitaires parfois très-intenses. Si l'eau froide ne réussit pas à elle seule à modifier le catarrhe, on se servira du collyre suivant :

Eau distillée 30 gr.

Nitrate d'argent de 0,05 à 0,20 centigr.

La dose de nitrate d'argent sera d'autant plus forte que les phénomènes inflammatoires seront moins violents.

Dans les cas de scrofulides limitées au bord libre des paupières, on enduira le bord ciliaire d'une couche de pommade au précipité rouge. Si des cils étaient vacillants ou prenaient une mauvaise direction, on aurait soin de les enlever.

Scrofulides éruptives. — On touchera les vésicules ou les pustules avec le crayon de sulfate de cuivre mitigé, en même temps qu'on prescrira un collyre au sulfate neutre d'atropine.

M. Donders recommande les insufflations de calomel répétées chaque jour. Ces insufflations en diminuant considérablement la congestion de la muqueuse, préviendraient les récidives.

Enfin, M. Richter conseille, lorsque la photophobie est très-intense, de *fortes frictions* à faire sur le front et les tempes quatre ou cinq fois par jour avec la pommade suivante : Précipité blanc 0,60 centigr. ; belladone 1 gr. à 1 gr. 50 pour 10 gr. d'axonge.

CHAPITRE VI

SCROFULIDES DE LA MUQUEUSE AURICULAIRE

M. Bazin décrit en quelques mots les scrofulides catarrhales et les scrofulides éruptives de la muqueuse auriculaire.

La scrofulide catarrhale affecte moins souvent l'oreille que les yeux ou le nez ; elle se montre généralement d'emblée avec les caractères de l'état chronique et l'otorrhée ne se montre guère que d'un côté.

Les signes objectifs sont constitués par un écoulement séreux, muco-purulent, avec rougeur, gonflement, état granuleux des parois du conduit auditif externe. Quelquefois cette otorrhée peut se compliquer de perforation de la membrane du tympan et de destruction ou élimination de la chaîne des osselets.

Le catarrhe auriculaire est fréquemment accompagné de scrofulide cutanée.

Voilà pour la scrofulide catarrhale.

Quant aux scrofulides éruptives, il indique une forme bénigne, qu'il désigne sous le nom de scrofulide exsudative, laquelle commence par le pavillon de l'oreille et se propage jusqu'au conduit auditif, amenant une inflammation et une tuméfaction de la muqueuse, une obstruction consécutive du conduit et, par suite, une surdité plus ou moins prononcée.

Il ne parle pas des scrofulides malignes de l'oreille. Quoiqu'il en soit, tout ce que M. Bazin a dit des scrofulides des muqueuses de l'oreille se rapporte uniquement et exclusivement au conduit auditif externe et à l'oreille externe.

C'est évidemment-là une étude incomplète des lésions de l'oreille attribuables aux lésions de la muqueuse qu'amène la scrofule. La muqueuse de la trompe d'Eustache est absolument mise de côté, et cependant combien sont fréquentes les manifestations de la scrofule sur cette membrane.

En laissant de côté la membrane du tympan, dont la destruction n'est pas rare cependant chez les scrofuleux, il y aurait un intérêt réel à étudier les lésions de la muqueuse de la trompe et de ses prolongements dans la caisse du tympan et dans les cellules mastoïdiennes.

Il est vrai que les classiques déclarent immédiatement que les auteurs qui ont essayé de séparer l'otite muqueuse de l'otite phlegmoneuse, ont tenté une division inacceptable. Ils admettent également que l'inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne a toujours son point de départ dans une altération des os.

Cependant quand on voit les angines scrofuleuses amener la destruction et la perforation des os, quand on voit l'otite interne se manifester chez des enfants qui traversent la première période de la scrofule, alors que les lésions osseuses sont rarement observées, il me semble rationnel d'admettre que l'otite interne peut avoir son origine dans une inflammation primitive de la muqueuse.

Nous pensons donc que pour faire une étude complète des manifestations de la scrofule sur la muqueuse de l'oreille, il faudrait la diviser de la manière suivante :

- 1° Scrofulides de l'oreille externe ;

2^o Scrofulides de l'oreille moyenne et de ses prolongements. On pourrait décrire une forme bénigne et une forme maligne, correspondant à l'otite légère et à l'otite suraigüe, cette dernière s'accompagnant d'abcès de l'apophyse mastoïde et d'altérations de l'encéphale.

Mais, outre que les matériaux nous font quelque peu défaut, l'étude de ces lésions se rattache plutôt à la chirurgie; ajoutons aussi que ces inflammations sont souvent consécutives à l'angine et au coryza scrofuleux et, à ce titre, elles seront indiqués dans les chapitres suivants.

CHAPITRE VII.

DES SCROFULIDES DE LA MEMBRANE PITUITAIRE.

Après la conjonctive, la pituitaire est de toutes les membranes muqueuses, celle qui subit le plus souvent l'influence de la diathèse scrofuleuse. Les diverses altérations que l'on rencontre sur la membrane de Schneider, sont analogues à celles que la scrofulose fait naître sur les autres muqueuses et principalement sur la muqueuse bucco-pharyngienne. Elles peuvent varier depuis le simple coryza chronique, inflammatoire ou légèrement ulcéreux, jusqu'au coryza éruptif ou ulcéreux, proprement dit, désigné sous le nom de *lupus des fosses nasales*.

ÉTIOLOGIE

Le coryza scrofuleux des nouveaux-nés est extrêmement rare et c'est le plus souvent le coryza syphilitique que l'on observe à cet âge. C'est dans la première et la seconde enfance que surviennent le plus fréquemment les manifestations de la scrofule sur la pituitaire; après la puberté, on les rencontre moins souvent.

Elles se développent spontanément sous l'influence du vice diathésique, ou bien c'est un coryza aigu, ordinaire, qui devient le point de départ de l'altération chronique de la muqueuse.

Le plus généralement, le mal débute primitivement par la membrane pituitaire, mais dans certains cas, on voit d'après

M. Homolle, les scrofulides de l'arrière-gorge se communiquent aux fosses nasales par l'orifice postérieur de ces cavités et envahissent consécutivement la muqueuse qui les recouvre. A côté de la cause générale, on a cherché à attribuer le développement des inflammations de la pituitaire à un vice de conformation des fosses nasales et spécialement à leur étroitesse congénitale.

Certaines professions semblent tout particulièrement jouer un rôle prépondérant dans la provocation du mal; on conçoit facilement que les mineurs, les chaudronniers, les corroyeurs, les tanneurs, les ouvriers fondeurs, soient plus exposés que d'autres aux manifestations de la scrofule sur les fosses nasales par suite du contact permanent de poussières irritantes avec la pituitaire.

Les influences pathologiques ne sont pas moins à signaler dans l'étiologie de coryza; la variole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle de la face et surtout la rougeole sont très souvent le point de départ d'un retentissement diathésique sur la muqueuse nasale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier degré de l'inflammation de la pituitaire est caractérisé par une injection plus ou moins marquée de la membrane, accompagnée d'une exsudation séro-purulente. Si cette inflammation persiste et devient chronique, il se produit un épaissement du tissu conjonctif de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. A un degré plus avancé de la lésion, la muqueuse présente de petites ulcérations très-superficielles, signalées par M. Duplay et dont le siège est très-probablement à l'orifice des glandes. Quelquefois, ces petites ulcérations se réunissent pour former alors des ulcérations plus

grandes, irrégulières et à bords déchiquetés. Si le travail ulcéral n'est pas arrêté dans son évolution, les ulcérations deviennent plus profondes, la membrane de Schneider est plus ou moins complètement détruite. Lorsqu'on a enlevé les croûtes qui la recouvrent dans les points où elle persiste, la muqueuse présente par places une coloration rouge-sombre et blanchâtre en d'autres endroits. Le squelette est dénudé au niveau des ulcérations les plus profondes. Elles siègent le plus souvent au niveau de la cloison et à la face externe des cornets; c'est en ces points que l'on observe aussi les plus graves altérations du squelette qui aboutissent dans les cas graves à la perforation de la cloison, à la destruction plus ou moins complète des cornets. Mais ces lésions sont rares dans le coryza chronique simple, débutant d'emblée par une inflammation catarrhale de la muqueuse; on les rencontre bien plus fréquemment dans le coryza éruptif ou lupus des fosses nasales.

Le processus ulcéral qui marque la seconde période de l'affection, envahit la muqueuse, met à nu le cartilage de la cloison et le perfore. Le vomer et la voûte palatine peuvent également se nécroser et être éliminés plus ou moins rapidement. La nécrose des os propres du nez peut se rencontrer, mais généralement ils ne sont pas détruits et sont seulement augmentés de volume par l'inflammation directe de leur périoste.

D'une manière générale, on peut dire que la scrofule s'attaque plutôt aux cartilages du nez et que la syphilis détruit plus souvent les os propres du nez, en laissant intacte toute la partie cartilagineuse de cet organe.

Nous n'avons pas à revenir ici sur l'histologie pathologique de ces lésions.

SYMPTOMATOLOGIE.

1° *Coryza chronique simple.*

Le coryza chronique simple peut succéder à un coryza aigu ou s'établir d'emblée, spontanément ou sans influence pathologique quelconque.

Le début est le plus souvent marqué par une sensation de prurit dans les fosses nasales, avec rougeur et tuméfaction de la muqueuse à l'orifice antérieur de ces cavités. Une ou plusieurs épitaxis répétées ne sont pas rares dans la première période ou dans le cours de l'affection. La sécrétion catarrhale est exagérée; séro-purulente au début, elle ne tarde pas à devenir franchement purulente : *c'est la forme catarrhale ou coryza humide, catarrhe nasal.*

Dans d'autres cas, au contraire, la sécrétion muqueuse a complètement disparu. Les malades se plaignent d'une sécheresse absolue et n'ont presque plus besoin de se moucher : *c'est le coryza sec.*

Si l'on examine l'intérieur des fosses nasales avec le *speculum nasi*, la muqueuse apparaît d'un rouge-sombre, tuméfiée, recouverte en certains points de croûtes jaunâtres, desséchées. Alors que l'affection est peu avancée, on voit de petites exulcérations qui semblent siéger au niveau des glandes contenues dans l'épaisseur de la muqueuse.

Quelqu'ait été le début du coryza et quelle que soit la forme qu'il affecte, il donne lieu à un symptôme que l'on rencontre presque constamment : c'est l'*Oxène*. On observe également des troubles fonctionnels du côté de la voix, de la respiration et de l'olfaction.

L'Ozène (ozein sentir mauvais) ou *punaisie*, parce que l'odeur qui la caractérise est analogue à l'odeur de la punaise écrasée, est le plus souvent considéré comme synonyme de coryza ulcéreux, et même, pour certains auteurs, et spécialement pour M. Rouge de Lausanne, l'ozène reconnaîtrait toujours une lésion du squelette. M. Duplay, pourtant, et M. le docteur d'Azembuja ne partagent pas complètement cette opinion et croient que l'ozène peut exister dans le coryza chronique simple, non ulcéreux, et que l'opinion qui consiste à regarder l'ozène comme dû à des ulcérations, est trop exclusive.

Il est caractérisé par la fétidité des gaz expirés par le nez. Il n'apparaît pas au début du coryza, mais seulement alors que les altérations de la muqueuse sont déjà assez étendues. Dès le principe, l'ozène n'existe que le matin, et sous l'influence de quelques soins de propreté, disparaît le reste de la journée ; à cette période, cette odeur désagréable est le plus souvent perçue par le malade. Puis, à mesure que les lésions augmentent, l'ozène devient continu et se caractérise par une fétidité extrême que le malade finit par ne plus percevoir lorsque la membrane de Schneider est trop altérée.

La voix, par suite de l'obstruction plus ou moins complète des cavités nasales, prend un timbre tout particulier qui caractérise le *nasonnement* ou *voix nasillarde*.

La respiration nasale est plus ou moins obstruée : elle est surtout marquée dans le coryza humide ; les malades sont le plus souvent obligés de respirer la bouche largement ouverte, même pendant le sommeil, ce qui les prédispose aux affections angineuses.

Les troubles de l'odorat font souvent complètement défaut au début, ils n'existent qu'à une période assez avancée de la maladie. On sait, en effet, que c'est la muqueuse qui recouvre la partie supérieure des fosses nasales, qui est le siège de l'olfaction.

Or, il est rare que cette partie soit envahie par les ulcérations.

Du reste il n'est pas absolument nécessaire que la muqueuse olfactive soit ulcérée pour qu'il existe des troubles de l'odorat, la tuméfaction de la muqueuse et les concrétions qui la recouvrent au niveau des cornets empêchent l'accès de l'air à la partie olfactive de la muqueuse et mettent par conséquent obstacle à l'olfaction.

Enfin, il est un symptôme qui n'existe pas constamment, mais qui se montre dans certains cas avec beaucoup de ténacité, nous voulons parler de la *céphalalgie frontale*. Ces douleurs de tête persistantes sont dues très probablement à l'envahissement de la muqueuse des sinus frontaux.

Nous ne pouvons terminer ce rapide exposé de la symptomatologie du coryza sans parler d'un symptôme peu signalé par les auteurs et qui est quelquefois extrêmement pénible pour les malades : *l'éternuement*.

Il est rare, mais dans certains cas, il affecte une forme spasmodique qui devient tout à fait insupportable pour ceux qui en sont atteints.

2° *Coryza éruptif ou ulcéreux proprement dit.*

Le coryza éruptif ou scrofulide maligne de la pituitaire, est décrit par M. Moinel sous le nom de *lupus des fosses nasales*. Hébra, dans son traité des maladies de peau, considère que le lupus des muqueuses se rencontre de préférence sur la muqueuse des ailes du nez et de la cavité nasale. Il est souvent consécutif au lupus de la muqueuse bucco-pharyngienne.

Le coryza ulcéreux proprement dit débute tantôt d'emblée chez un individu sain comme première manifestation de la diathèse scrofuluse; dans d'autres cas, au contraire, la scro-

fulosé s'est déjà manifestée de différentes manières lorsque se déclare l'inflammation de la pituitaire.

Le début est le plus souvent insidieux et le mal passe inaperçu jusqu'au moment où surviennent des troubles de la respiration et de la phonation. Ce n'est tout-à-fait qu'au commencement de la première période que l'on peut remarquer sur la pituitaire de petites éminences lisses et livides, inégales, peu saillantes et accompagnées d'un gonflement diffus et œdémateux du chorion muqueux. « D'abord, dit M. Moinel dans sa thèse inaugurale, ce n'est qu'une sorte de coryza, une gêne modérée de la respiration nasale, sans écoulement notable, sans fétidité, sans perversion ni perte de l'odorat. Puis la gêne augmente, la respiration devient exclusivement buccale et le malade s'aperçoit alors qu'il se forme sur la partie antérieure de la cloison un petit tubercule indolent ; le lupus est établi. Le nez devient alors difforme, la peau qui le recouvre est rouge, tendue, luisante ; une masse fongueuse bouche l'orifice antérieur des fosses nasales et saigne au moindre contact ; elle semble constituée par un ensemble de gros tubercules cohérents. Sur la cloison siègent des ulcérations, revêtues d'une couenne jaunâtre, à bords déchiquetés. Le travail ulcératif fait des progrès, et c'est alors que la nécrose envahit la cloison, le vomer et d'autres parties du squelette, si aucun traitement n'est institué. Dans tous ces cas, la muqueuse des parois latérales et des cornets présente des altérations beaucoup moins marquées que celles que nous venons de signaler. »

Les différents troubles fonctionnels que nous avons déjà fait connaître dans le coryza chronique simple, existent ici au grand complet et peuvent être exagérés.

MARCHE ET DURÉE.

La marche du coryza chronique simple est variable. Tantôt l'affection est continue et persiste des mois et des années avec une ténacité remarquable. D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, le coryza se montre pour ainsi dire d'une manière intermittente; il cesse pendant quelque temps pour apparaître de nouveau, soit spontanément soit sous l'influence du froid ou dans le cours d'une maladie quelconque.

Le coryza éruptif ou ulcéreux proprement dit évolue lentement, mais il aboutit presque fatalement à la nécrose d'une partie du squelette, si un traitement approprié ne vient enrayer la marche de l'affection.

Quelle que soit la forme du coryza, la forme bénigne ou la forme grave, le nez présente un aspect tout spécial, lorsque la muqueuse pituitaire subit l'influence de la scrofule depuis longtemps. Les aîles du nez s'élargissent; les os propres font saillie sous la peau, grâce à l'inflammation de leur périoste; les apophyses montantes du maxillaire inférieur sont également plus saillantes qu'à l'état normal. La peau est rouge, lisse, tendue, luisante, principalement à l'orifice antérieur des fosses nasales, là où elle se continue avec la muqueuse qui est le siège spécial de l'inflammation chronique.

Lorsque tout le squelette cartilagineux du nez a été détruit par un travail nécrotique lent, toute la partie antérieure de l'organe s'affaisse, se reporte en quelque sorte en arrière pour venir prendre un point d'appui sur les os propres, tandis que les aîles du nez s'étalent sur les parties latérales. Cette déformation du nez est caractéristique du nez scrofuleux et le diagnostic peut, presque à coup sûr, en être fait à distance.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du coryza chronique est généralement assez facile à faire; l'erreur n'est guère possible qu'avec le coryza syphilitique. Nous avons déjà dit que le coryza des nouveaux-nés était très-rarement de nature strumeuse et que le plus souvent il était syphilitique, il accompagne alors d'autres manifestations cutanées et muqueuses qui ne laissent aucun doute sur la nature spécifique de l'affection.

Du reste, dans le coryza syphilitique, le nez est rouge, tuméfié, fendillé à l'orifice des narines par suite de nombreuses fissures; une sanie purulente, ensanglantée, s'écoule continuellement des fosses nasales. La muqueuse est rouge, livide, et souvent le siège d'ulcérations superficielles. Tout autre est le coryza strumeux des nouveaux-nés; on n'observe en effet qu'un peu d'exagération de la sécrétion catarrhale avec un peu de rougeur de la muqueuse.

Le coryza syphilitique de l'adulte compte le plus généralement parmi les accidents tertiaires; il a été précédé de nombreux accidents qui mettent sur la voie du diagnostic. La syphilis, nous l'avons déjà dit, s'attaque principalement aux os propres du nez et les détruit, tandis que la scrofule altère et fait disparaître le squelette cartilagineux. Dans certains cas, la rhinoscopie antérieure permettra de constater l'existence d'une gomme sur le plancher des fosses nasales, ce qui permettra d'établir immédiatement le diagnostic.

On ne confondra pas également le coryza scrofuleux avec le coryza herpétique ou dartreux, ni avec le coryza psoriasique signalé par Desaiivre. Dans ce cas, en effet, dit Duplay, les lésions du squelette font défaut, à l'encontre de la scrofule et de la syphilis qui finissent toujours par-là.

Nous nous contenterons enfin de signaler la possibilité de confondre les coryzas de la morve et de l'arsenic. D'autres symptômes caractéristiques feront éviter facilement toute confusion.

TRAITEMENT.

Le traitement local du coryza doit seul nous occuper ici, le traitement général de la diathèse a été indiqué ailleurs.

Le traitement local comprend les poudres médicamenteuses, les fumigations, les inhalations de liquides médicamenteux pulvérisés, les douches nasales, les cautérisations et enfin les opérations chirurgicales.

1° *Poudres médicamenteuses.* — Les poudres les plus usitées sont celles d'alun, de tannin, de bismuth, de borax, de calomel. On les emploie soit à la manière du tabac à priser, soit en insufflation.

2° *Les fumigations* d'eau de guimauve, de pavots ont donné de très-beaux résultats.

Les *injections* ou mieux les *irrigations* avec l'irrigateur ordinaire constituent le meilleur traitement local du coryza. On injecte le plus souvent une solution phéniquée au millième.

4° *Les cautérisations* avec la teinture d'iode et la solution saturée de chlorure de zinc modifient très-heureusement la pituitaire.

5° *Le traitement chirurgical* consiste soit dans la résection de l'os propre du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, soit dans la résection temporaire de Langenbeck et de Chassaignac, ou dans l'ostéotomie verticale et bilatérale

d'Ollier. Rouge de Lauzanne a tout dernièrement encore attiré l'attention sur le traitement chirurgical qui consiste à enlever toutes les parties nécrosées du squelette. Il aurait obtenu de très-jolis résultats par cette méthode.

CHAPITRE VIII.

SCROFULIDES DE LA MUQUEUSE LINGUALE.

Nous n'avions pas d'abord l'intention de faire un chapitre spécial pour la muqueuse linguale. Mais, dans le cours de cette étude, un fait nous a frappé d'une manière toute particulière : C'est l'immunité dont paraît jouir la muqueuse linguale vis-à-vis de la scrofule.

Nous ne parlerons pas ici des glossites ou plutôt des stomatites des scrofuleux, bien que tous les auteurs indiquent la scrofule comme une des causes de cette lésion; mais nous voulons insister sur ce fait, à savoir que la muqueuse linguale n'est jamais envahie par les ulcérations scrofuleuses; ou si elles existent dans des cas tout-à-fait exceptionnels, on les observe du côté de la base de la langue, près de l'épiglotte.

Dans l'observation citée par M. Homolle, les ulcérations siègent vers la base, à la limite de la portion de la muqueuse qui est accessible à l'examen direct. C'est le seul exemple d'ulcération scrofuleuse de la muqueuse que nous connaissions.

Comment se fait-il que les ulcérations scrofuleuses du pharynx, qui ont une tendance si manifeste à l'envahissement, s'arrêtent sur les limites de la muqueuse linguale? Pourquoi les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques y sont-elles relativement si communes? Pourquoi la langue est-elle si facilement envahie par certaines tumeurs, par l'épithéliome, par exemple?

L'observation aussi bien que l'expérience personnelle nous font absolument défaut pour résoudre ces questions. Y a-t-il

des dispositions anatomiques ou bien des conditions physiologiques qui expliquent cette absence de lésions ?

Nous devons nous borner à attirer l'attention sur ces faits; il nous semble qu'au point de vue des rapports de la scrofuleuse avec la syphilis, la tuberculose et l'épithéliome, il y aurait un intérêt réel à les étudier avec une scrupuleuse attention.

CHAPITRE IX

SCROFULIDES DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGIENNE

Les scrofulides de la muqueuse bucco-pharyngienne qu'on peut désigner sous le nom d'angines scrofuleuses affectent souvent la forme catarrhale, c'est à dire superficielle et bénigne ; dans ces cas, elles ressemblent beaucoup au catarrhe ordinaire, dont elles ne diffèrent que par leur ténacité et leur longue durée ; le plus souvent, d'après M. Peter, la scrofule frappe dans la gorge les amygdales seulement et les affecte si fréquemment et si longuement qu'il en résulte une hypertrophie notable ; enfin la répétition si fréquente et la durée de ces angines successives, produit l'hypertrophie des follicules du pharynx, et détermine l'état granuleux, avec troubles fonctionnels persistants, voix gutturo-nasale, bourdonnements d'oreilles, surdité et expectoration habituelle d'un muco-pus épais jaunâtre ou blanchâtre.

Cette forme répond à la première forme de scrofulides ou scrofulides catarrhales que nous sommes obligés d'indiquer ici pour suivre la classification générale de M. Bazin, classification que nous avons adoptée pour cette étude. Nous ne nous y arrêterons pas plus longuement en raison de la ressemblance manifeste qu'elle a avec les inflammations catarrhales dont elle ne diffère que par les signes indiqués plus haut.

Mais indépendamment de ces angines superficielles, Hamilton de Dublin a décrit le premier des angines plus profondes,

avec ulcération possible de la membrane muqueuse, et il en admet deux formes l'une bénigne, l'autre grave. M. Bazin les désigne sous le nom générique de *scrofulides éruptives* et distingue également une forme *bénigne* et une forme *maligne*.

Ce sont ces dernières formes d'angine scrofuleuse qui furent le point de départ de discussions importantes ; ce sont elles qui ont soulevé les questions les plus ardues relativement au diagnostic de la scrofulose et de la syphilis ; ces discussions ont donné naissance à un certain nombre de travaux parmi lesquels il convient de signaler les thèses de MM. Lemaistre et Homoble : la première ayant pour objet l'étude des angines bénignes et la seconde les angines malignes.

Nous allons étudier successivement et comparativement les causes, les lésions, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de chacune de ces formes et de leurs divisions.

ÉTILOGIE.

L'étiologie des manifestations scrofuleuses observées du côté de la gorge, n'offre rien de bien intéressant à étudier en dehors de l'étiologie générale de la scrofule que nous avons indiquée plus haut.

Quant aux causes qui pourraient provoquer les manifestations localisées du côté de la muqueuse bucco-pharyngienne, il est bien évident que toutes les causes d'irritation, agissant sur des sujets prédisposés, pourront exercer leur funeste influence et hâter l'explosion du mal. L'usage immodéré de la voix et l'abus du tabac méritent surtout d'être signalés. Nous trouvons de plus ici les influences professionnelles indiquées pour le coryza scrofuleux.

Le sexe et l'âge ne paraissent pas non plus avoir d'influence bien marquée. Nous n'avons pas trouvé de statistique concluante à cet égard. On peut dire toutefois, d'une manière générale, que les angines malignes ne s'observent que pendant la première enfance ; mais, passé cet âge, elles ne paraissent obéir à aucune règle absolue, et nous retrouvons des scrofulides chez les vieillards comme chez les adultes. Paget prétend même que les manifestations de la scrofule sont plus fréquentes après cinquante ans qu'à la période moyenne de la vie.

LÉSIONS APPRÉCIABLES A LA VUE.

a. — *Angine bénigne, scrofuleuse, superficielle.*

L'angine superficielle passe souvent inaperçue à cause de son indolence et de l'absence de signes fonctionnels graves. — On la découvre souvent à propos de quelque inflammation de voisinage, du côté des fosses nasales ou de la muqueuse auriculaire.

Elle se sépare nettement des angines scrofuleuses graves ou profondes par l'absence d'ulcérations. Pourtant, Isambert, dans ses conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies, admet une seconde forme d'angine bénigne qu'il désigne sous le nom d'angine ulcéreuse bénigne ; elle est caractérisée par la présence d'ulcérations peu profondes présentant un aspect adipeux. A part ces ulcérations légères, elle peut être décrite avec l'angine *bénigne scrofuleuse superficielle*.

Quoi qu'il en soit, l'angine scrofuleuse superficielle se distingue des autres angines de même nature par les caractères suivants :

Elle siège constamment à la face postérieure du pharynx et à la face supérieure du voile du palais ;

Elle se propage très rarement du côté du larynx ; quand il y a des lésions du voile du palais, elles sont consécutives à celles du pharynx.

Elle est absolument indolente.

Elle paraît indépendante des angines ulcéreuses et il est très rare de la voir succéder aux formes graves. Toutefois, ce dernier caractère n'est pas démontré, et il nous semble que de nouvelles observations seraient nécessaires.

Enfin un caractère objectif, d'une valeur absolue, c'est la présence de *croûtes* sèches, dures, minces, appliquées sur la paroi postérieure du pharynx. Ces croûtes ne dépassent généralement pas une ligne correspondant à l'endroit précis de la face postérieure du pharynx, où le voile du palais vient s'appliquer pendant les mouvements de déglutition ; au-dessous de cette ligne, la muqueuse est simplement tuméfiée et légèrement injectée. Il est très-probable que si on pouvait examiner les malades le matin, on trouverait des croûtes sur toute la paroi postérieure du pharynx. Mais les premiers mouvements de déglutition emportent la partie inférieure de la croûte, et la partie supérieure seule reste adhérente. Un fait qui semble démontrer la justesse de cette interprétation, c'est que, quand on vient à décoller cette partie supérieure de la croûte, la muqueuse présente absolument le même aspect qu'à sa partie inférieure.

Les *crachats* des malades atteints d'angine scrofuleuse superficielle sont non moins caractéristiques, notamment les crachats du matin. Ces crachats attirent généralement l'attention des malades par leur forme toute spéciale. Ils contiennent souvent les croûtes que nous avons décrites plus haut, et que Troeltsch a comparées à une goutte de bougie tombant à la surface de l'eau. M. Duplay attribue cette forme spéciale des crachats et des croûtes à ce fait qu'ils viennent se mouler sur

les anfractuosités de l'arrière cavité des fosses nasales, sur les orifices de la trompe d'Eustache, par exemple. Cette explication ne doit pas être rejetée, mais elle ne suffit pas dans tous les cas, et on a vu des crachats et des croûtes caractéristiques alors que l'angine scrofuleuse est limitée absolument à la paroi postérieure du pharynx. L'explication qui paraît la plus plausible et la plus généralement applicable à tous les cas, c'est que les bords de la croûte préalablement formée se dessèchent et se recroquevillent sous l'influence du passage de l'air.

Si à ces signes objectifs nous ajoutons la rougeur de la muqueuse, la présence de quelques granulations, non ulcérées et moins injectées que celles de l'angine glanduleuse, nous aurons une idée à peu près exacte des symptômes objectifs de l'angine scrofuleuse superficielle.

Mais il est certains cas où l'appréciation de ces signes n'est pas possible à l'œil nu, quand, par exemple, les lésions sont limitées à la partie du pharynx située au-dessus du voile du palais.

Dans ces cas, on doit avoir recours aux spéculums destinés à l'exploration de la muqueuse des fosses nasales, et alors deux procédés peuvent être employés.

La rhinoscopie postérieure est extrêmement pénible pour le malade, c'est une exploration difficile à pratiquer; elle donne des résultats peu sérieux, aussi l'emploie-t-on rarement dans les cas dont il est question ici.

La rhinoscopie antérieure, au contraire, est facile à pratiquer; elle n'est pas pénible pour le malade; et si l'on a soin de soulever le voile du palais avec le doigt, elle donne des résultats très-positifs et très-précieux pour le diagnostic.

Enfin, d'après M. Lemaistre, il n'y aurait jamais de symptômes généraux, et l'engorgement ganglionnaire serait très rarement constaté.

Scrofulides graves.

L'étude des symptômes des scrofulides graves est beaucoup plus complexe que celle de l'angine scrofuleuse superficielle. Ici nous avons affaire à des lésions beaucoup plus variées et en rapport avec les diverses formes d'angine grave que la clinique nous permet d'observer.

Il faudrait citer ici textuellement le travail de M. Homolle, nous nous bornons à le résumer.

Il faut les subdiviser en deux grandes classes : Dans la première viennent se ranger les lésions consécutives au lupus de la face; la seconde comprend les altérations de la muqueuse bucco-pharyngienne indépendantes des lésions de la peau.

Nous aurons donc à étudier :

a. Les lésions de la muqueuse bucco-pharyngienne chez les malades atteints du lupus de la face ;

b. Les scrofulides graves primitives de la gorge ;

a.— Les lésions de la muqueuse bucco-pharyngienne précédant ou accompagnant le lupus, sont généralement constituées par une série de lésions élémentaires qu'on distingue souvent sur le même sujet, mais qui peuvent aussi se rencontrer plus ou moins isolées. Ces lésions peuvent se rapporter à sept types principaux, qui sont :

L'érythème livide, auquel conviendrait aussi le nom de plaque muqueuse scrofuleuse ;

L'état granuleux, qu'il ne faut pas confondre avec les granulations de tuberculose miliaire qui peuvent se développer dans le pharynx ;

L'hypertrophie, la tuméfaction et le bourgeonnement de la muqueuse ;

L'atrophie interstitielle ;

L'ulcération, remarquable par son caractère essentiellement atonique et torpide ;

Les perforations ;

Enfin la forme cancroïdale.

Ces diverses lésions peuvent se trouver réunies sur le même sujet et presque côte à côte ; cependant il faut reconnaître que chacune d'elles affecte un siège de prédilection.

C'est ainsi que l'érythème s'observe le plus souvent sur la muqueuse labiale ; les granulations siègent plutôt sur les gencives ; l'hypertrophie accompagne souvent l'érythème et s'observe par conséquent sur les lèvres et sur la muqueuse des joues ; sur la voûte palatine on trouvera des hypertrophies, de l'érythème, des granulations et souvent aussi des ulcérations et des perforations ; il en sera de même du voile du palais et de ses piliers ; l'excavation amygdalienne et les organes qu'elle contient seront le plus souvent intacts ; enfin la muqueuse pharyngienne proprement dite subira des altérations analogues à celles de la voûte palatine.

Dans l'immense majorité des cas l'épiglotte et le larynx restent intacts. S'il y a souvent des lésions fonctionnelles du côté de ces organes, ces lésions ne se manifestent qu'à la période de cicatrisation et sont consécutives au déplacement qu'amène la rétraction cicatricielle. Il faut dire pourtant que l'exploration plus régulière du larynx dans les cas de lupus, ferait peut-être découvrir sur la muqueuse de cet organe des altérations qui passent le plus souvent inaperçues ; tels sont les cas indiqués par Turck ; nous reviendrons du reste sur les lésions scrofuleuses de la muqueuse laryngo-bronchique dans un des chapitres qui va suivre. Nous n'avons pas à revenir non plus sur les lésions profondes de la muqueuse linguale, si ce n'est pour insister de nouveau sur leur rareté vraiment remarquable.

Enfin, à côté de ces lésions en pleine évolution ou lorsqu'une guérison plus ou moins définitive est survenue, on observe des cicatrices simples ou radiées, dont la valeur diagnostique a été singulièrement exagérée, et des adhérences qui amènent un déplacement et une déformation désormais irréparables des organes voisins.

b. — Les scrofulides graves *primitives* de la gorge sont autrement difficiles à étudier que les précédentes qui sont toujours consécutives à une manifestation cutanée de la scrofule. Ce sont elles qui soulèvent ces problèmes toujours ardu, quelquefois insolubles, concernant la syphilis et la scrofule. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les indications bibliographiques pour se faire une idée des discussions qu'elles ont soulevées. On trouve également dans ces cas de l'érythème, du tubercule, des granulations, des éléments pustuleux, mais il y a ici des types cliniques différents, et, pour la commodité de l'étude, il convient de distinguer : 1° Le lupus primitif de la gorge ; 2° Les scrofulides ulcéreuses primitives de la gorge. A chacune de ces formes correspond une série de signes objectifs sur la valeur desquels on ne saurait trop insister.

1° Le lupus primitif de la gorge, *lupus à tubercules agglomérés*, n'est probablement qu'une période avancée d'une même affection, dont la première période passe inaperçue et qui serait constituée par un tubercule unique. Cette forme s'accompagne souvent aussi d'un certain degré d'hypertrophie : d'où le nom de *lupus hypertrophique* qui lui a été donné.

Les observations jointes à ce travail nous dispensent de nous étendre longuement sur les caractères objectifs des lésions.

Notons seulement que la lésion siège sur le voile du palais ou sur les piliers, et la destruction se fait rapidement; la colo-

ration est violacée, la surface est inégale, mamelonnée, et, à la manière du lupus, la destruction se fait parallèlement au bord libre du voile. Après une phase d'extension qui n'offre rien de constant, comme évolution ni comme durée, survient une période cicatricielle souvent entravée par des poussées nouvelles.

Mais quand la guérison doit être définitive, il se fait des adhérences entre les piliers postérieurs du voile et la paroi postérieure du pharynx; puis ces adhérences, une fois établies, tirent en arrière le reste du voile, qui est ainsi transversalement tendu d'avant en arrière, ne laissant quelquefois qu'un orifice très mince pour le passage de l'air et des aliments.

2° Dans les *scrofulides ulcéreuses primitives* de la gorge, l'ulcération, comme leur nom l'indique, est le fait principal; les signes objectifs varient quelque peu, selon que ces ulcérations siègent sur le voile ou sur le fond du pharynx.

Sur le voile du palais, on observe divers types de mutilation comparables à ceux que M. Fournier signale comme conséquence des syphilides ulcéreuses: échancrure marginale, ulcère perforant, division en rideaux: tels sont les trois types principaux. La cicatrisation amène des résultats variables, selon le genre d'ulcération, ce qui est facile à prévoir.

Sur le fond du pharynx, ce sont des pertes de substance à contours arrondis ou irréguliers, quelquefois pourvus de prolongements radiés. Les bords sont taillés à pic; le fond est saillant ou bourgeonnant, quelquefois déprimé, jaune, lardacé.

SIGNES FONCTIONNELS.

Dans l'*angine scrofuluse superficielle*, le début est souvent insidieux et généralement la maladie se découvre à l'occasion

de quelque complication ou de quelque inflammation d'un organe voisin. Dans des cas tout à fait exceptionnels, le début est douloureux.

Le seul signe qui attire l'attention du malade, c'est la sécheresse de la gorge, quelquefois des crachats sanglants, et surtout la forme particulière des crachats. La déglutition n'amène pas de douleur bien vive, la respiration est normale et n'a jamais la putridité de l'ozène avec carie des os; il n'y a pas de toux, si ce n'est le matin, au moment de l'expulsion des crachats.

On a quelquefois constaté, mais rarement, un point douloureux au niveau de l'occiput ou des irradiations douloureuses du côté de l'oreille; mais c'est l'exception.

Il n'en est pas de même dans les diverses formes d'angine scrofuleuse grave.

Les *douleurs* vives sont assez rares, il est vrai, dans les complications gutturales du lupus de la face; mais dans les scrofulides graves primitives, il est assez commun de voir les mutilations profondes succéder à plusieurs accès aigus d'angine: il en a été ainsi, du moins, chez les malades de MM. Desnos et Bazin; certains aliments, la salive même, provoquent de la cuisson et de la gêne autour des parties malades; le vin réveille particulièrement les douleurs.

Un autre signe sur lequel Hamilton avait déjà appelé l'attention, c'est la douleur d'oreille, souvent localisée d'un seul côté. Les douleurs provoquées ne s'observent qu'au début; à une période plus avancée, le contact des instruments ne réveille nullement la douleur.

La *déglutition* est toujours plus ou moins troublée, d'abord par le fait de la douleur que provoque le passage des aliments. Mais ce qui caractérise surtout le trouble profond de la déglutition, c'est le passage des aliments dans les fosses nasales:

Cette complication pénible peut se produire de deux manières : Si c'est au début, il y a paralysie du voile consécutivement à l'inflammation de la muqueuse; si c'est à une période plus avancée, il faut l'attribuer à la destruction plus ou moins complète du voile du palais.

Enfin, pendant la période de cicatrisation, la rétraction cicatricielle des piliers peut être telle qu'elle empêche d'une manière presque absolue le passage des aliments de la bouche dans l'œsophage.

La *phonation* est souvent altérée aussi, non pas que le larynx soit sérieusement endommagé; nous l'avons vu déjà, les complications sérieuses du côté de cet organe sont assez rares; mais les perforations de la voûte, les destructions du voile et les déplacements consécutifs ou les rétractions cicatricielles, modifient tellement les conditions physiques de l'organe de la phonation, qu'il y a toujours un nasonnement plus ou moins prononcé.

La *respiration* est normale excepté dans le cas de complication grave ou de rétraction cicatricielle extrême : c'est, dans ces cas une gêne toute mécanique de la respiration qui peut nécessiter la trachéotomie.

COMPLICATIONS :

Les complications de l'*angine scrofuleuse superficielle* sont rares, et, dans tous les cas, peu graves.

L'inflammation de la trompe et le coryza plus ou moins étendu sont les plus communes. D'après M. Lemaistre, les complications de la trompe d'Eustache seraient extrêmement rares, et cette absence habituelle de complication du côté de

l'oreille serait même tout à fait caractéristique de l'angine superficielle : on sait en effet combien cette complication est fréquente dans les autres angines, quelle que soit leur nature.

Quant au coryza, s'il vient à compliquer l'angine, il reste toujours limité à la partie postérieure des fosses nasales; il est toujours superficiel et ne donne jamais lieu à des ulcérations. Cependant l'accumulation des croûtes peut donner lieu à de la fétidité de l'haleine et à un certain degré de nasonnement.

Les complications des angines *scrofuleuses graves* sont tout aussi rares, car on ne peut pas considérer comme des complications les cas d'une gravité extrême, où la bouche, les fosses nasales et le pharynx sont en même temps frappés de lupus ou d'ulcérations profondes. Rappelons pourtant l'ulcération possible de la carotide, comme dans le cas de nature douteuse d'ailleurs, observé par Landrieux et rapporté à la fin de ce travail. On ne peut pas considérer non plus comme des complications l'existence de glandes, du reste assez rare, les tumeurs lacrymales les kératites, les cicatrices de formes diverses, qui indiquent plutôt la constitution scrofuleuse qu'elles ne constituent des complications véritables.

Il n'en est pas de même de l'otorrhée qui peut se manifester soit par l'extension du travail ulcératif, soit à la suite d'une oblitération cicatricielle de l'orifice inférieure de la trompe.

La stomatorrhagie n'a pas de gravité; l'érysipèle qui peut compliquer les angines graves, ne semble pas exercer ici l'influence salutaire qu'il peut exercer sur la marche des inflammations chroniques de la peau; l'œdème de la glotte est rare; enfin M. Isambert a eu l'occasion d'observer un scrofuleux atteint d'angine ulcéreuse, chez lequel une tuberculose miliaire aiguë s'était déclarée et avait rapidement enlevé le malade,

Quant à l'état général, il peut affecter dans les deux formes d'angine les meilleures apparences; d'autres fois au contraire, les malades portent sur eux les traces indélébiles d'une scrofule ancienne; d'autres fois enfin, et surtout dans les cas d'angine primitive ulcéreuse, la constitution est très affaiblie, les malades sont grêles, petits, peu développés; leur face est déformée, leur figure est disgracieuse; les dents offrent des dépressions sur leurs bords, dépressions qui seraient caractéristiques de la syphilis héréditaire d'après Hutchinson. On voit donc que, quand il y a un état général mauvais, on entre presque aussitôt dans le domaine de la syphilis, et, somme toute, l'état général reste relativement bon.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

Quelle que soit la gravité de l'angine scrofuleuse, sa durée est toujours très longue, de sorte qu'il est absolument impossible d'en prévoir ou d'en promettre la guérison; jamais elle ne guérit spontanément et même les applications locales ne la modifient guère; nous verrons au chapitre du traitement que les modificateurs généraux ont seuls quelque efficacité à cet égard.

De plus, les rechutes sont faciles et fréquentes, et il n'est pas rare de voir de nouveaux symptômes graves se manifester alors qu'on pouvait espérer une guérison prochaine. Enfin il faut citer un certain nombre de cas, — mais ceci est spécial aux angines graves, — où la marche de la maladie est véritablement foudroyante; la durée, dans ces cas, peut être moins longue, mais elle laisse, en revanche, des pertes de substance absolument irréparables.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des angines scrofuleuses superficielles est quelquefois très facile, dans les cas par exemple où on l'observe chez des malades qui ont tous les signes extérieurs de la scrofule. Le diagnostic se fait alors, pour ainsi dire, *de visu* et la nature de la maladie n'est pas douteuse.

Il n'en est pas de même quand on l'observe chez des malades où les caractères de la scrofule sont moins manifestes ; et alors on peut les confondre avec les autres angines scrofuleuses, avec l'angine catarrhale chronique, avec l'angine granuleuse, ou enfin avec une affection singulière décrite par Meyer de Copenhague et désignée sous le nom de végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne.

Dans ces cas plus complexes le diagnostic différentiel sera basé sur les considérations suivantes :

D'abord les autres angines scrofuleuses, c'est-à-dire les angines graves malignes seront faciles à reconnaître par les caractères que nous avons indiqués déjà et sur lesquels nous reviendrons bientôt. Du reste, que l'on ait affaire à un lupus propagé au pharynx, à un lupus primitif de la même région ou à une scrofulide grave primitive, les lésions seront tellement graves dans ces cas que la confusion avec l'angine scrofuleuse superficielle n'est pas possible.

L'angine catarrhale chronique amène l'hypertrophie des amygdales, quelle que soit la constitution des sujets qu'elle frappe ; quant à l'angine granuleuse, elle diffère de la scrofuleuse superficielle par l'étendue de ses lésions, par l'espèce d'éruption miliaire qui la précède et par l'extrême vascularisation qui accompagne les granulations.

Quant aux végétations adénoïdes de Meyer, elles se reconnaissent facilement par la rhinoscopie et par l'exploration directe au moyen du doigt.

Le diagnostic de l'angine scrofuleuse superficielle est donc relativement facile; il en serait de même des scrofulides graves, si ces dernières n'avaient une ressemblance profonde avec certaines lésions tertiaires de la syphilis qui a soulevé toutes les discussions auxquelles nous avons fait plusieurs fois allusion et qui ont fourni, il faut le reconnaître, les principaux éléments de notre travail pour ce qui concerne les angines scrofuleuses.

De l'ensemble de ces discussions, il résulte ce fait : c'est que le dernier mot n'est pas dit et qu'il faut de nouvelles observations; mais, selon nous, la meilleure manière de faire apprécier les difficultés que peuvent présenter les questions de diagnostic, c'est de mettre sous les yeux une communication faite par M. Bucquoy à la Société de Médecine, à la séance du 22 mars 1872. — Nous le citons d'autant plus volontiers que nous avons eu l'occasion d'observer longtemps, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Bucquoy, le malade qui fait l'objet de cette intéressante observation :

Quelques jours avant la dernière séance, entré dans mon service, à l'hôpital Cochin, un grand garçon atteint d'une angine chronique, dont les caractères se rapportaient assez exactement à ceux attribués dans ces derniers temps à l'angine scrofuleuse.

L'aspect du jeune malade n'a rien, ainsi que vous pouvez le remarquer, qui démente cette origine de la maladie. Malgré ses 17 ans, c'est encore un enfant d'apparence chétive, souffreteuse et comme rabougrie, auquel on donnerait au plus 13 à 14 ans. On ne remarque chez lui aucun signe de puberté.

Enfant trouvé, il était placé à Autun par l'assistance puble; qui c'est là qu'il a été atteint de sa maladie, il y a un peu plus de trois mois. Il avait perdu son père à l'âge de 10 ans, sa mère est morte dans sa première enfance. Donc, aucun renseignement à botenir de ce jeune malade sur ses antécédents héréditaires.

J'ai fait remarquer l'aspect particulier de cet enfant; ce n'est pas précisément celui d'un strumeux, et quoiqu'il ait eu des maux d'yeux fréquents, des croûtes dans le nez et même de l'otorrhée purulente, on ne trouve aucune trace d'abcès ganglionnaires ni aucune cicatrice indiquant d'anciennes lésions cutanées. Figure enfantine, ses yeux largement ouverts, bordés de longs cils noirs, semblent indiquer plutôt la diathèse tuberculeuse, ou rappeler cet aspect de *jeune vieillard* que la syphilis congénitale imprime à la physionomie des enfants qui en sont atteints. A ce dernier point de vue, nous devons insister sur la disposition des deux incisives médianes supérieures, qui offrent l'échanerure en croissant regardée comme caractéristique de la syphilis congénitale par certains auteurs anglais.

Pas de trace de syphilis acquise soit sur les organes génitaux si incomplètement développés, soit du côté de l'anus, qui n'affecte pas la disposition infundibuliforme. Quelques ganglions aux aines et au cou, mais de petit volume.

Ce malade souffre de la gorge depuis trois mois. L'angine n'a pas été franchement aiguë à son début, la déglutition était un peu gênée, la douleur médiocre; il ne fut fait aucun traitement. Plus tard, la voix s'altéra d'une manière permanente, et la persistance des accidents du côté de la gorge le fit renvoyer à Paris pour recevoir les soins nécessaires.

Nous fûmes frappés à son entrée à l'hôpital, du caractère de la voix qui est nasonnée, cassée et à demi éteinte. Le ronflement est tel pendant son sommeil qu'il empêche ses voisins de dormir: pendant la veille, la respiration est toujours plus ou moins bruyante. Il peut manger ce que prennent les autres malades;

jamais il ne rejette de boissons par le nez. La déglutition et la phonation, du reste, sont peu douloureuses.

L'examen direct de la bouche et de la gorge donne les résultats suivants :

Echanerure en croissant des deux incisives médianes supérieures.

Carie de la deuxième molaire à droite et à gauche ayant donné lieu à un peu de périostite alvéolo-dentaire, amoindrie du reste très-rapidement après l'extraction de la dent malade.

Tuméfaction générale des parties latérales de l'isthme du gosier diminuant d'une manière permanente son diamètre transversal. Les parties malades n'ont d'ailleurs qu'une rougeur médiocrement intense.

Les piliers sont durs, tendus et peu contractiles ; les postérieurs ont contracté avec le fond du pharynx des adhérences intimes et se confondent avec lui. De là également diminution dans le diamètre antéro-postérieur du pharynx.

A droite, vers l'union de la voûte palatine et du voile du palais, on voit deux perforations d'un demi-centimètre d'étendue environ, séparées par une petite bride, qui semble formée seulement par la muqueuse. Les bords de la perforation sont cicatrisés, minces et souples.

Vers la suture médio-palatine, on voyait deux ou trois petites ulcérations superficielles à peu près cicatrisées aujourd'hui. La luvette est courte, irrégulière, et a subi également un travail d'ulcération ancien ; car, par son bord droit, elle a contracté adhérence avec le pilier correspondant du voile du palais. La bride qui les unit est dure et blanchâtre. Sur le pilier antérieur gauche on voit également vers son bord libre une cicatrice blanche nacrée.

L'examen laryngoscopique montre que ces lésions ne sont pas bornées au pharynx. L'épiglotte est, en effet, presque complètement détruite ; les replis aryteno-épiglottiques sont épais et comme boursoufflés ; le larynx reste presque immobile dans les

efforts que fait le malade pour crier. Les cordes vocales sont minces et comme atrophiées; le larynx d'ailleurs est, comme les organes génitaux, dans un état très-imparfait de développement.

Tel est le fait que je voulais mettre sous vos yeux. Est-ce une *angine scrofuleuse*? Est-ce une *angine syphilitique*? Si nous rapprochons ce cas de ceux qui nous ont été communiqués par nos collègues MM. Paul et Isambert, nous ne pouvons ne pas être frappés d'une grande similitude dans les caractères objectifs. Les adhérences des piliers postérieurs avec le fond du pharynx, celle de la luette avec le pilier antérieur, les cicatrices blanchâtres et nacrées, sembleraient indiquer une angine scrofuleuse.

Il est vrai que, dans la dernière séance, M. Isambert a insisté d'une manière particulière sur la lésion du larynx, et surtout sur la destruction de l'épiglotte, comme appartenant plus particulièrement à l'angine syphilitique. Sous ce rapport, nous devrions conclure à une affection syphilitique.

D'un autre côté avons-nous affaire à un scrofuleux? La réponse est embarrassante. Non évidemment, si nous réservons cette dénomination à des sujets strumeux. Oui, au contraire, si nous admettons une autre forme de scrofule, celle qui éclate à un âge plus avancé en disséminant des granulations tuberculeuses dans le péritoine, les méninges, les plèvres ou le poumon.

Cependant n'est-ce pas un syphilitique cet enfant de 17 ans, si imparfait dans son développement, qui nous offre avec la conformation particulière des incisives, le cachet que la syphilis congénitale imprime sur les jeunes sujets d'un âge beaucoup moins avancé? Pour moi, le doute ne me paraît pas possible. Nous sommes en face de lésions tertiaires d'une syphilis congénitale dont les lésions secondaires n'ont laissé aucune trace. Mais je tiens à faire remarquer que la distance entre cette espèce d'angine et certaines angines scrofuleuses n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire. La maladie des parents a créé

chez l'enfant un état diathésique très-voisin de la scrofule ordinaire et j'accepte parfaitement l'expression originale, mais vraie, de M. Ricord, qu'il désignait sous le nom de *scrofulates de vérole* les manifestations scrofuleuses, auxquelles l'hérédité syphilitique n'est pas étrangère. On comprend dès lors la difficulté de distinguer certaines angines syphilitiques de certaines angines scrofuleuses, et la grande ressemblance des caractères cliniques des unes et des autres. Ne pourrait-on pas donner à ces cas la dénomination d'*angine scrofulo-syphilitique* ?

Cette communication donna lieu à une discussion que nous ne pouvons reproduire ici ; la plupart des membres présents crurent plutôt à une angine scrofuleuse.

Mais la difficulté du diagnostic dans certains cas étant ainsi établie, voyons les signes qui peuvent nous faire reconnaître les scrofulides graves dans les cas moins complexes.

Nous pouvons éliminer d'abord les cas très simples où il y a propagation d'un lupus de la face à la muqueuse du pharynx ; ici le diagnostic n'est pas douteux. S'il y a, en même temps, des lésions syphilitiques, leur nature sera facile à établir par les commémoratifs.

Restent maintenant les lésions profondes primitives de la gorge : dans ce cas, le diagnostic sera basé sur le *sièges de lésions*, sur *leur forme*, sur leur *aspect extérieur*.

Relativement au *siège*, on peut établir ceci : le *lupus* primitif de la gorge débute souvent par le voile du palais ; les *ulcères* siègent sur le voile du palais, sur les bords libres ou sur la luette ; mais chacun de ces organes peut être le siège d'ulcérations syphilitiques : donc rien de positif tant que ces organes seuls sont atteints ; mais si les ulcérations s'étendent à l'épiglotte, au larynx, à la langue, il est très probable que les ulcérations sont attribuables à la syphilis.

Pour ce qui concerne la *forme* des lésions, le lupus de la gorge se reconnaît surtout à la tuméfaction et à l'état mamelonné des piliers, à sa tendance à provoquer la formation d'adhérences, à sa progression régulière à partir du bord libre du voile ou des piliers, enfin à son mode de destruction spécial sans véritables ulcérations. Cette forme de syphilide est extrêmement rare, et, quand elle existe, il y a moins de tendance à la destruction.

La forme des *ulcérations* varie quelque peu aussi dans les deux cas : dans la syphilis, les bords sont nettement taillés, comme à l'emporte-pièce ; dans la scrofule, ils vont souvent en amincissant et sont quelquefois un peu décollés. Elles sont généralement entourées d'une zone franchement inflammatoire dans la syphilis, tandis que les ulcérations scrofuleuses sont entourées d'une muqueuse livide, décolorée, ou présentant une teinte violacée.

Quant à l'*aspect des ulcérations*, il ne diffère guère dans les deux cas, du moins à une certaine période ; elles sont couvertes d'une couche de pus adhérent, pulpeux, blanc-jaunâtre. Seulement, chez les syphilitiques, la période de réparation semble se produire plus vite et elle s'annonce par l'apparition de bourgeons charnus, d'un rose franc qu'on n'observe qu'à une période beaucoup plus avancée, ou même jamais dans les ulcères strumeux.

Les signes fonctionnels et l'évolution ne fournissent aucune donnée positive, bien que les lésions de longue durée appartiennent plutôt à la scrofule. Il en est de même du traitement spécifique, qui est souvent absolument concluant, mais qui, dans d'autres cas, a précipité la marche de lésions manifestement syphilitiques.

Mais en dehors de ces signes objectifs, il est une série de *signes concomitants* qu'il ne faut jamais négliger de rechercher.

Nous ne parlons pas ici des cas où l'on se trouve devant un malade manifestement scrofuleux : le diagnostic alors n'est pas douteux.

Mais dans les cas plus complexes, une opacité cornéenne, l'existence de l'ozène, d'une fistule lacrymale feront plutôt pencher pour la scrofule; l'altération des dents, décrite par Hutchinson, appartient plutôt à la syphilis congénitale; les lésions tuberculeuses du poumon s'observent plutôt dans la scrofule; enfin les antécédents personnels devront être soigneusement recherchés.

Nous avons négligé à dessein la gomme syphilitique de la gorge, qui est généralement facile à reconnaître à toutes les périodes de son évolution et qui diffère essentiellement des angines ulcéreuses de la scrofule et de la syphilis.

Il est une autre série de lésions qui pourraient être confondues avec les ulcérations scrofuleuses : ce sont les *ulcérations tuberculeuses de la gorge*, l'angine produite par la lèpre tuberculeuse ou *éléphantiasis des Grecs*, et enfin l'*épithéliome du pharynx*.

Les *ulcérations tuberculeuses* de la gorge ne s'observent, ainsi que M. Julliard l'a démontré, qu'à la période ultime de la phthisie. Ces ulcérations sont superficielles, très-douloureuses, accompagnées d'aphonie ou de dysphonie et ne ressemblent en rien aux ulcérations scrofuleuses.

L'angine consécutive à la *lèpre tuberculeuse*, ou *éléphantiasis des Grecs*, a été observée par M. Péter dans le service de M. G. Sée, à l'hôpital des Enfants Malades; il y avait, dans ce cas, induration tuberculeuse de la membrane muqueuse de la gorge, qui était rouge et insensible au toucher. Ça et là se

voyaient des ulcérations sinueuses et peu profondes. Chez ce malade la peau de la face, hypertrophiée, crevassée, donnait au visage l'aspect le plus hideux : la gorge ne s'était prise que consécutivement; le diagnostic est donc facile.

Dans l'*épithéliome*, les végétations sont plus inégales, plus dures et quelquefois plus fragiles, plus pâles; il existe souvent une grande ulcération à bords renversés, à fond ichoreux, et, quand le mal envahit les parties profondes, la salivation est plus abondante et plus fétide. Quant à la transformation *in situ* du lupus en cancroïde, elle est impossible à reconnaître sans le secours du microscope.

Nous croyons utile de reproduire ici un tableau comparatif qui permettra de faciliter le diagnostic. Nous l'empruntons à la thèse de M. Fougère :

Diagnostic différentiel entre l'angine scrofuleuse et l'angine syphilitique.

(TH. FOUGÈRE.)

ANGINE SCROFULEUSE

Début lent, peu douloureux, quelquefois sans aucune douleur. Pas de réaction inflammatoire.

ANGINE SYPHILITIQUE

Si l'ulcération syphilitique est due à une gomme ulcérée, le début est lent, les malades éprouvent alors la sensation d'un corps étranger. Prévenus de cette sensation incommode, les malades s'assurent par le toucher de la langue ou du doigt de l'existence d'une petite tumeur dont ils ont l'exacte mesure.

Si l'ulcération n'est pas le résultat d'une gomme ulcérée, le début est plus rapide, la douleur vive, la réaction inflammatoire assez grande.

leur rouge lie de vin des parties
des de l'ulcération; violacée de
re; il est granuleux, fongueux,
éloigné.

Bords amincis, irréguliers, déchirés,
rarement œdématiés.

Durée très-longue. pendant des
es.

Le voile du palais, la paroi postérieure
du pharynx en sont le siège le
fréquent; les amygdales rare-

Les troubles fonctionnels augmentent
avec lenteur; il en est de même de
l'évolution.

Suppuration peu abondante.

Ganglions occipitaux jamais engorgés.

Engorgement des ganglions sous-linguaux
ou parotidiens manque sou-

Les plaques sont blanches, mates, tendues,
sèches, irrégulières, superficielles.

Antécédents scrofuleux.

Maladies concomitantes scrofuleuses.

Les parties voisines de l'ulcération
n'offrent jamais cette teinte vineuse.
Elles ont une couleur rouge-cuivrée,
maigre de jambon. L'ulcération est
grisâtre, blafarde; elle paraît être le
siège d'un travail de mortification, de
gangrène; le fond lardacé est recou-
vert d'une couche blanchâtre, putri-
légineuse, comme gangréneuse.

Bords arrondis, circulaires, taillés à
pic, renversés en dehors, faits comme
par un emporte-pièce, indurés, œdé-
matiés.

Durée beaucoup moins longue.

Les gommés syphilitiques siègent
ordinairement sur le voile du palais.
Les ulcérations syphilitiques se mon-
trent le plus fréquemment sur les
amygdales.

Dans le principe les troubles fonc-
tionnels font aussi peu de progrès. Puis
tout à coup, en vingt-quatre heures, la
déglutition et la voix peuvent être gra-
vement compromises. La perforation
étant établie, ses progrès sont rapides.
Les tissus semblent *fondre* sous l'in-
fluence du travail ulcératif.

Suppuration plus abondante.

Adénopathie cervicale très-fréquente.

Il manque rarement.

Moins luisantes, moins blanches, plus
régulières, plus profondes.

Antécédents syphilitiques.

Maladies concomitantes syphilitiques.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'angine scrofuleuse superficielle doit être considéré comme bénin, à cause du peu de gravité des symptômes fonctionnels et des lésions généralement très-superficielles qu'elle détermine. Il n'en est pas de même, si l'on songe à sa durée, qui est tellement longue qu'elle finit par constituer une infirmité vraiment désagréable.

Il ne faut pas oublier non plus que, toute bénigne qu'elle paraisse, elle est une manifestation de la scrofule et que son pronostic se confond, dès lors avec celui de la diathèse dont elle révèle l'existence.

Quant au pronostic des scrofulides graves de la gorge, il est autrement sérieux; non pas que l'existence soit directement compromise, mais d'abord elles révèlent, comme les angines superficielles, l'existence d'un état diathésique toujours sérieux; puis elles entraînent des pertes de substance absolument irréparables, alors même que des adhérences et des cicatrices ne viennent pas aggraver encore la situation.

TRAITEMENT.

Le traitement ne comporte pas d'indications spéciales pour les deux classes d'angines scrofuleuses que nous venons d'étudier; elles sont également justiciables d'un traitement général et d'un traitement local qu'on pourra utilement appliquer à chacune des formes que nous venons de décrire.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à propos du traitement des scrofulides en général.

Si le sujet est atteint de syphilis, on pourra associer l'iode de potassium à l'huile de foie de morue. Mais il ne faut

pas oublier qu'il sera souvent utile d'instituer une médication purement reconstituante avant d'avoir recours à l'iodure. C'est dans ces cas qu'on pousse la dose d'huile de foie de morue jusqu'à 100 et même 200 grammes par jour.

Plus tard on associera à l'huile de foie de morue le sirop d'iodure de fer, additionné d'une certaine quantité d'iodure de potassium.

Enfin les bains sulfureux et les eaux minérales chloro-bromodurées fortes, comme Salins, Kreuznach et Nauheim, pourront rendre de grands services.

TRAITEMENT LOCAL. — Outre les applications topiques de teinture d'iode, ou de solutions faibles d'acide chromique, de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, on insistera sur les gargarismes d'alun et de chlorate de potasse et surtout sur les douches nasales.

On les pratiquera d'après la méthode de Weber, selon les principes indiqués dans le traité de pathologie externe de M. Duplay (T. III. p. 792). On commencera par les injections émollientes pour arriver aux injections astringentes à base d'alun, de tannin ou de chlorate de potasse, dissous dans une grande quantité d'eau.

Enfin, pour compléter le traitement local, nous devons dire deux mots du traitement de cette affection par les scarifications.

M. le docteur Vidal, qui, depuis quatre ans, applique cette méthode au traitement de ses malades de l'hôpital Saint-Louis, et qui a bien voulu nous faire connaître *de visu* sa manière de procéder, en a obtenu des résultats vraiment remarquables et des plus satisfaisants.

Disons de suite que ce traitement n'est applicable qu'aux cas de lupus qui se développent sur des muqueuses accessibles au scarificateur.

Si le lupus se développe sur les gencives ou sur le voile du palais, il faut scarifier profondément toute la surface de l'ulcère.

Cette opération arrête toujours la marche envahissante du mal, et au bout de huit, dix, douze séances, renouvelées tous les six jours, il n'est pas rare de voir survenir une tendance manifeste à la cicatrisation.

L'exposition complète de cette méthode exigerait de longs développements dans lesquels nous ne pouvons entrer ici, et nous devons nous borner à la signaler.

CHAPITRE X.

SCROFULIDES DE LA MUQUEUSE ANO-RECTALE.

Les recherches que nous avons faites pour préciser les manifestations de la scrofule sur la muqueuse ano-rectale, semblaient devoir rester infructueuses, quand nous avons trouvé décrites dans le livre de M. Mollière, récemment publié, une série de lésions que ce chirurgien attribue à la scrofule.

D'après cet auteur, il existerait également du côté de l'anüs des scrofulides superficielles et profondes qu'il divise de la manière suivante :

1° Scrofulide superficielle, catarrhe scrofuleux de la muqueuse ano-rectale; ce catarrhe serait l'analogue des vulvites scrofuleuses des petites filles, qui seront décrites dans le chapitre suivant.

2° Scrofulides profondes. M. Mollière range dans cette classe le *lupus anal*, l'*ulcère galopant* et les *ulcérations folliculaires de la muqueuse rectale* proprement dite.

Le *lupus anal* n'est pas rare chez la femme, mais dans ce cas c'est un lupus par propagation, et nous n'avons pas à nous en occuper ici. Il n'en est pas de même chez l'homme, où le lupus primitif de l'anüs n'a guère été observé; nous n'avons trouvé aucune observation probante à cet égard.

L'*ulcère galopant* a été décrit pour la première fois par Al-
lingham, en 1873.

L'auteur anglais cité par M. Mollière, décrit sous ce nom — *rodent ulcer, lupoid ulcer* — un ulcère occupant la muqueuse margellaire de l'anüs et quelquefois la muqueuse rectale; exceptionnellement la peau peut être envahie.

Il n'existe pas de décollement et les bords sont comme taillés au couteau. A certains moments, la surface ulcérée se met à bourgeonner, et une guérison prochaine paraît imminente, quand ces bourgeons s'affaissent subitement «comme la neige au soleil», pour laisser une ulcération plus profonde.

Cet ulcère est atrocement douloureux; c'est une sensation de brûlure, de déchirure, absolument intolérable.

Il est rebelle à toute sorte de traitement.

Quelle est la nature de cette affection? Ce n'est ni un épithéliome, ni un cancer, c'est peut-être la chancrelle phagédénique de Diday; mais Allingham en fait une lésion scrofuleuse.

Le pronostic serait extrêmement grave, d'où il résulterait qu'il faut mettre la plus grande réserve quand il s'agit du diagnostic. Cette lésion aurait la plus grande ressemblance avec les ulcérations syphilitiques, surtout au début.

La statistique atténue quelque peu la gravité de cette affection, qu'Allingham n'aurait observée qu'une seule fois sur 2,000 malades atteints de lésions ano-rectales.

Enfin, les *ulcérations folliculaires de la muqueuse du rectum*, ont été également décrites par un médecin anglais, le docteur Rouze, dans une communication à la Société de *Saint-George's hospital*.

Comme leur nom l'indique, ces ulcérations, observées chez les scrofuleux, siègeraient au niveau des follicules de la muqueuse rectale; elles sont remarquables par la transformation caséuse des follicules et par les perforations qu'elles peuvent

produire ; elles sont accompagnées de rectite chronique, de diarrhée et tendraient à envahir progressivement toute la muqueuse.

Ne sont-ce pas là de simples ulcérations tuberculeuses ? C'est ce que l'observation seule pourrait établir d'une manière définitive, et il nous semble que les ulcérations scrofuleuses de la muqueuse ano-rectale ont besoin d'être mieux précisées.

CHAPITRE XI.

SCROFULIDES DE LA MUQUEUSE GÉNITO-URINAIRE.

Parmi les scrofulides des membranes muqueuses, celles de la muqueuse génito-urinaire ont été, pour la fréquence, reléguées au dernier rang par M. Bazin. Leur importance a paru assez minime aux auteurs d'ouvrages sur la scrofule pour qu'en général, ils n'en fassent pas mention. Aujourd'hui cependant, il n'est plus permis de ne pas s'y arrêter; n'y aurait-il à y placer que l'esthiomène de la vulve qui, depuis le mémoire de Huguier (1848), forme une entité bien définie, le sujet mériterait d'appeler sérieusement l'attention. Mais, outre l'esthiomène, quelques points de cette étude présentent un réel intérêt. Telle est, par exemple, la vulvite catarrhale scrofuleuse des petites filles, au point de vue médico-légal; tel est le lupus du gland, au point de vue du diagnostic.

Nous diviserons cette étude comme les précédentes en :

- 1^o Celle des scrofulides catarrhales ;
- 2^o Celle des scrofulides éruptives.

SCROFULIDES CATARRHALES.

Il est d'abord un certain nombre de muqueuses, qui échappent à notre observation au point de vue où nous nous plaçons : ainsi, par exemple, les muqueuses des voies urinaires jusqu'à la vessie inclusivement.

L'*urèthre*, au dire de M. Bazin, pourrait être affecté d'un catarrhe scrofuleux, d'une blennorrhée scrofuleuse : « Elle se distingue de la blennorrhagie ordinaire par sa persistance opiniâtre et son siège, qui est le plus souvent la portion prostatique de l'urèthre; elle s'accompagne de l'engorgement des glandes uréthrales, d'engorgements de la prostate, de rétrécissements du canal de l'urèthre. » Quand M. Bazin s'exprimait ainsi, à notre avis il décrivait plutôt le catarrhe des tuberculeux que celui des scrofuleux; car c'est le propre des affections tuberculeuses des organes génito-urinaires d'engorger la prostate, souvent de retrécir le canal de l'urèthre. Dans la thèse si remarquable du docteur Reclus on trouve décrite en ces termes la blennorrhée des tuberculeux: « Les écoulements précurseurs de la tuberculisation génitale s'observent assez fréquemment, et, avec Barnier et Mongin, nous pourrions citer plusieurs cas où la dégénérescence épididymaire survint chez des individus atteints, depuis longtemps déjà, de blennorrhées rebelles. Ces blennorrhées ont des caractères spéciaux, elles succèdent de très près à leurs causes présumées, et si leur apparition est prompte, leur disparition est fort rapide aussi; elles cèdent au moindre traitement, mais le moindre prétexte les ramène. »

Sans doute de tels écoulements ne sont pas rares chez les scrofuleux; quand ils existeront, on pourra les rattacher à deux causes, ou à un véritable rétrécissement succédant à une ou plusieurs blennorrhagies, ou bien, plus souvent encore, à une tuberculisation initiale des organes génitaux. La blennorrhée essentiellement scrofuleuse ne nous paraît pas démontrée.

Quoiqu'il ne soit pas fait mention de la *balanite scrofuleuse* dans les nouveaux articles du dictionnaire, il est de fait que la scrofule peut être une cause prédisposante de catarrhe de la

muqueuse glando-préputiale. Elle se montre surtout dans le jeune âge, ayant comme cause occasionnelle la masturbation, comme cause prédisposante, indépendamment de la diathèse, le phimosis, la malpropreté. Elle se caractérise par une « sécrétion muco-purulente à l'extrémité de l'urèthre et à la surface de la muqueuse glando-préputiale; l'état granuleux et quelquefois végétant des surfaces enflammées, la persistance opiniâtre de l'affection catarrhale, qui souvent coexiste avec une scrofulide exsudative de la même région. » La balanite accompagnant les maladies vénériennes, la balanite symptomatique de l'herpès sont plus fréquentes, et avant d'admettre chez un individu une balanite scrofuleuse, il faudra écarter soigneusement les deux causes que nous venons de mentionner.

Les catarrhes de la muqueuse génito-urinaire sont plus fréquents dans le sexe féminin. Nous étudierons successivement la vulvite catarrhale scrofuleuse et le catarrhe utéro-vaginal.

La vulvite catarrhale scrofuleuse est caractérisée, dit Bazin, « par un écoulement purulent abondant, l'état granuleux de la muqueuse affectée et quelquefois des végétations polypeuses sur le méat urinaire. » M. le docteur Alfred Fournier en a longuement parlé dans une de ses cliniques à l'hôpital de Lourcine en 1871, dont voici le résumé :

On voit parfois se produire chez les jeunes scrofuleuses des lésions vulvaires consistant surtout en : rougeur sombre, très-foncée de l'infundibulum vulvaire, spécialement vers la face interne des petites lèvres et au niveau de l'orifice vaginal. Cette rougeur est pour ainsi dire, subérosive à l'état normal : il n'y a pas encore d'érosion vraie, mais l'érosion est toujours sur le point de se produire. Les surfaces sont remarquablement lisses, comme vernies, elles sont très-sensibles au toucher, et les enfants

pleurent le plus habituellement si on les essuie, même doucement, avec une compresse. Cet état remarquablement chronique, que j'appellerai *érythème scrofuleux vulvaire*, est presque insensible à tous les modificateurs soit locaux, soit généraux. Il est sujet de temps à autre à des exacerbations inflammatoires, se produisant quelquefois sous l'influence de causes appréciables (masturbation, courses, danses, grande chaleur de l'été, incurie, malpropreté, etc.), mais d'autres fois, sans causes qu'il soit possible de déterminer; et alors, il se produit des accidents qu'on ne saurait mieux comparer qu'à de la balano-posthite, érosion vraie avec tension douloureuse des parties, empâtement et œdème léger des grandes lèvres, suppuration extrêmement abondante, fétide et absolument blennorrhagique d'aspect, tachant le linge en jaune soufré ou en jaune vert. Que des soins appropriés n'interviennent pas aussitôt, les phénomènes inflammatoires augmentent, la vulve se gonfle, les régions péri-vulvaire et péri-anale se couvrent d'un intertrigo érosif, la marche devient pénible, la miction très-douloureuse, le linge est à la fois taché de pus et de sang, parfois même il se produit un léger état fébrile avec phénomènes nerveux, etc.

De tels états, même le simple érythème vulvaire, ont plus d'une fois donné lieu aux méprises les plus regrettables. La scène pathologique que nous venons de décrire, est presque absolument identique, à quelques détails près, à la scène pathologique du viol. Nombre d'enfants sont amenés à Lourcine comme ayant été victimes de viol, qui ne sont autres que de simples scrofuleuses avec érythème vulvaire simple ou enflammé. Pour ma part, j'ai observé plus d'une dizaine de cas de cet ordre sur de jeunes enfants qui m'étaient amenés comme ayant subi un attentat, et sur lesquelles je ne découvrais

rien autre, au total, que ces lésions vulvaires d'origine indubitablement scrofuleuses.

Lebert a constaté souvent cette irritation chronique de la vulve. Dans certaines circonstances, chez les enfants qui ont été mal nourries, mal soignées, l'érythème pourrait même devenir gangréneux, mais ce serait là bien plutôt le résultat d'une influence cachectique, que d'une influence scrofuleuse.

Localisé ordinairement à la vulve, le catarrhe *peut s'étendre au vagin, quelquefois au delà.* — Courty (2) a trouvé chez une petite fille de douze ans l'utérus et la moitié externe des trompes farcis et distendus par des débris épithéliaux formant une masse d'apparence caséuse.

D'ordinaire, le catarrhe ne subit pas une telle extension, il envahit une partie du vagin, le col de l'utérus, qui est rouge, tuméfié et légèrement douloureux. Si l'utérus est pris, l'écoulement par le vagin sera plus abondant, et à l'aide du spéculum, si la douleur n'est pas trop vive pour permettre l'examen, on constatera l'existence de l'écoulement utérin plus ou moins purulent. — Ce sera là une complication de l'état décrit tout à l'heure; le catarrhe scrofuleux primitif ne pourrait être affirmé sans présomption.

SCROFULIDES ERUPTIVES A FORME MALIGNÉ.

Parmi les lésions décrites sous le nom d'ulcérations scrofuleuses, il faut faire deux catégories bien distinctes : les unes sont vraiment des lésions scrofuleuses, les autres peuvent être contestées et ne sont probablement que des lésions tuberculeuses, à qui on a donné la qualification impropre de scrofuleuses; soit que l'observateur n'y ait pas attaché une importance capitale, tant est grande l'analogie entre les lésions de

la tuberculose et celles de la scrofule ; soit que l'observation elle-même ait été incomplète en quelques points. Pour prendre un exemple, nous trouvons dans les comptes-rendus de la Société clinique de Londres (*Medical Times and Gazette*, décembre 1872, p. 673), une observation ainsi intitulée :

Ulcération scrofuleuse de la vessie d'une marche insolite.

M. Edwin Hunly lit la relation de ce cas :

Une petite fille de neuf ans souffrait depuis longtemps d'une irritation de la vessie, accompagnée de douleurs dans la miction. L'urine était ammoniacale et contenait du mucus savonneux, mais pas de sang. Dans la supposition qu'elle pouvait avoir une pierre dans la vessie, elle fut examinée par M. Prescott Hewett, qui diagnostiqua une ulcération scrofuleuse de la vessie et prescrivit de l'huile de foie de morue et du fer. Quelque temps après l'enfant eut des symptômes fébriles, qui furent suivis de l'apparition d'une tumeur entre l'ombilic et le pubis. La tumeur devint rouge, tendue, acuminée et parut sur le point de s'ouvrir; mais au lieu de cela, une quantité de pus s'évacua par les intestins et la tumeur disparut en grande partie. A partir de ce moment, le volume varia beaucoup, en rapport avec la quantité de pus qui passait par l'intestin : par intervalles elle était tympanique et paraissait remplie de gaz. Puis une perforation se fit dans la tumeur au niveau de l'ombilic, à travers laquelle un liquide clair coula jusqu'à la mort de l'enfant.

L'autopsie montra la vessie très-épaissie, présentant une ulcération étendue de sa membrane muqueuse et des amas de tubercules, déposés entre elle et la membrane musculeuse. Dans la vessie était une cavité circonscrite, contenant du pus et communiquant avec la vessie en arrière, et en avant avec la perforation de la paroi abdominale. En arrière de la vessie était une seconde perforation, conduisant dans l'intérieur du rectum. Les autres organes étaient sains.

Il est probable que nous sommes en présence d'une observation d'ulcération tuberculeuse de la vessie. L'auteur ne dit-il pas lui-même qu'il existait des amas de tubercules entre la tunique muqueuse et la musculuse?

Si nous nous en tenons rigoureusement aux termes de la question, le cadre des scrofulides malignes de la région génito-urinaire est fort restreint, et nous ne décrirons ici que trois lésions :

- 1° Le lupus du gland ;
- 2° L'esthiomène de la vulve ;
- 3° Certaines ulcérations du col de l'utérus.

LUPUS DU GLAND.

Nous n'avons pu en découvrir que deux observations : nous devons l'une d'elles à l'obligeance de M. le docteur Alfred Fournier, qui a bien voulu, d'après les notes prises par lui dans sa clientèle privée, nous donner connaissance de ce cas.

Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans qui portait à la verge une ulcération ayant succédé rapidement à une saillie tuberculeuse. Elle fut d'abord prise pour un chancre induré. La marche insolite de l'affection ne tarda pas à inspirer des doutes à M. Fournier. — Il ne s'agissait pas d'un chancre simple, comme l'inoculation le démontra. Il ne s'agissait pas d'un chancre infectant, comme il fut prouvé dans la suite par l'absence de tout phénomène constitutionnel. Il ne s'agissait pas d'un accident tertiaire, l'individu n'avait jamais eu de chancre et ne présentait aucune trace de syphilis. Il guérit, du reste, en trois mois, sans traitement spécifique.

Le diagnostic *lupus du gland*, qui avait été posé, fut confirmé bientôt. Quelque temps après, la citatrice se rompit, la

lésion reprit sa première forme, se mit à grandir et à végéter, si bien que, partie du milieu du gland, elle en envahit la surface jusqu' autour du méat urinaire. Elle avait tous les caractères du lupus tuberculeux ulcéré.

La deuxième observation est tirée des Archives of Dermatology ; avril 1877, p. 208. Elle est due à M. Henry Piffard.

Cas de lupus érythémateux du pénis, par Henry Piffard (In archives of dermatology, avril 1877, p. 208).

A... B... vint me consulter le 8 juin 1876 pour une lésion du pénis, à propos de laquelle il raconta l'histoire suivante: Il y a cinq ans une petite tâche rouge apparut sur le gland auprès du méat. Il y appliqua de la teinture d'iode sans bénéfice, car la tâche se mit à grandir, se guérissant au centre, de sorte que les parties envahies formaient un cercle. Trois autres tâches semblables à la première, apparurent successivement et grandirent de la même manière. Des traitements variés furent appliqués sans avantages marqués. Lors de mon examen, je trouvai deux autres cercles plus grands situés en partie sur le gland, en partie sur les surfaces voisines du gland. (Le malade avait été circoncis dans l'enfance). Les deux cercles plus grands n'étaient pas tout-à-fait complets; en quelques points limités, la lésion n'était pas apparente. Les bords étaient légèrement élevés, rouges et écailleux : Le centre était très-peu modifié, sauf que la membrane muqueuse semblait plus pâle qu'à l'ordinaire et très légèrement diminuée d'épaisseur. L'éruption présentait tout-à-fait le caractère de l'herpès circiné (trichophytie), si bien que l'on pouvait se croire en présence d'un cas de ce genre. N'étant pas bien sûr du diagnostic, j'engageai le malade à appliquer deux fois chaque jour une pommade mercurielle et à revenir au bout d'une semaine.

Juin 17. — Pas d'amélioration ou de changement apparent. Il était un point qui lui causait surtout de l'ennui, à cause de sa

facilité à se déchirer et à saigner au moindre frottement. Ce point était un peu plus proéminent que le reste : je l'excisai avec des ciseaux courbes et l'engageai à continuer le traitement.

Juin 24. — Le point, où la petite pièce a été enlevée, se guérit bien, aucune amélioration d'ailleurs. La nature parasitaire de l'affection étant exclue par le résultat négatif du traitement, je conclus que la lésion était un *lupus érythémateux*, et je me décidai à faire l'excision des parties situées sur le pénis, en arrière du gland, principalement sur la face dorsale, et à appliquer le galvano-cautère sur les bords des cercles situés sur le gland. Le Dr Keyes vit le cas avec moi et opina pour le même diagnostic et le même traitement.

Juin 29. — Le malade était éthérisé; ayant comme aides les Drs Keyes et Stinson, je sectionnai sur le prépuce avec des ciseaux courbes cette portion, où existait le cercle le plus grand, et fermai l'incision avec quatre points de suture. Les cercles du gland furent touchés avec un fil de platine porté au rouge blanc. Un cercle situé partie sur le gland, partie en dehors, fut laissé intact selon la demande du malade.

Juillet 3. — La ligne d'incision est complètement cicatrisée, sauf au niveau des points de suture. Une des sutures a cédé pendant une érection; les autres furent enlevées. Les parties cautérisées paraissent en bon état.

Juillet 5. — Tout est cicatrisé. Les parties cautérisées paraissent en si bon état que je décidai de détruire par le feu le cercle, qui existe encore, au lieu de l'exciser.

Le malade étant anesthésié par le Dr Fox (avec le protoxyde d'azote), le fer rouge fut appliqué sur la lésion.

Août 29. — Depuis la dernière date, deux ou trois points, qui ont échappé à la destruction par le cautère, lorsqu'il fut appliqué pour la première fois, sont tenus en observation.

La guérison se fait partout, et aujourd'hui il n'existe plus, comme traces de la lésion, que quelques cicatrices à peine perceptibles, seules traces de la maladie d'autrefois.

Le fait que nous venons de rapporter est, sans contredit, un exemple de *lupus érythémateux* en cercle ou en croissant, affection qui affecte de préférence la face, mais qui peut se rencontrer partout ailleurs. Je dois dire, toutefois, que c'est la première fois que je rencontre cette affection sur le pénis.

L'excision dans cette opération était très-simple à faire, mais la cautérisation demandait de la délicatesse; le but était de détruire le tissu morbide, mais, sans aller plus profondément et au-delà de ce qui était absolument nécessaire, de crainte que les cicatrices, résultant de l'opération, ne nuisissent à la forme et à la symétrie de l'organe. — Suit l'examen histologique de la portion excisée.

Le revêtement épithélial était composé de quatre ou six rangées de cellules ovales, plusieurs d'entre elles possédaient un noyau. En dessous on trouvait des cellules ovales remplies de granulations. Puis venaient les cellules du réseau de Malpighi polygonales, les plus profondes contenant une grande quantité de pigment. L'épaisseur du réseau variait beaucoup suivant les points, envoyant çà et là des prolongements, longs, irréguliers, quelquefois groupés en masse, enfermant entre eux les papilles élargies. Les papilles, au centre de la lésion, étaient complètement infiltrées de petites cellules rondes, masquant les autres tissus. Sur les bords, l'infiltration était moins complète. En certains points, les cellules empiétaient si fort sur le réseau que son contour était difficilement distingué; en d'autres, il existait un intervalle distinct entre le réseau et les petites cellules. L'infiltration occupait seulement les parties superficielles du chorion tandis que les plus profondes en étaient exemptes. Dans ces dernières on trouvait, régulièrement disséminées, les fibres élastiques. Les capillaires superficiels étaient invisibles, les plus profonds étaient fort élargis. Les glandes de Tyson n'ont pas été rencontrées dans la section.

Ces deux observations, dont l'authenticité nous paraît suffisamment établie, montrent que le *lupus* peut se rencontrer

sur le gland. Dans la première (lupus tuberculeux), l'ulcération ressemble à celle de l'accident syphilitique primitif; dans la deuxième (lupus érythémateux), l'observateur croit être en présence d'un herpès circiné.

Si l'on peut juger l'affection par ces deux cas, le lupus n'aurait pas ici la gravité qu'il présente souvent à la face, toujours aux parties génitales chez la femme. La guérison, soit par un traitement général (cas de Fournier), soit par un traitement local, ne se ferait pas attendre.

Le pronostic serait donc essentiellement bénin, au point de vue local et général; quelle différence avec l'esthiomène que nous allons décrire maintenant.

ESTHIOMÈNE DE LA VULVE ET DU PÉRINÉE.

«L'esthiomène de la vulve est une affection de la vulve et du »périnée, caractérisée par la teinte plombée ou violacée des »parties, leur déformation, leur induration et épaissement, »leur ulcération, destruction, hypertrophie et infiltration simul- »tanées, de telle sorte que les orifices et les canaux, qu'offre »la région ano-vulvaire, peuvent être en même temps ulcérés, »agrandis et rétrécis, ses sillons, ses replis cutanés et muqueux »plus développés, épaissis et le siège d'ulcérations et de cic- »trices plus ou moins étendues et profondes, sans douleur et »sans élancements, sans menacer directement la vie, ni même »porter atteinte de longtemps à la constitution.» Un seul mot donne encore mieux une idée de cette maladie, que toute la description, que vient de nous faire Huguier: L'esthiomène de la vulve est le *lupus* de la région ano-vulvaire, lupus qui prend, à cause de la constitution et de la structure de la région, une

forme et des allures spéciales, mais qui, au point de vue anatomo pathologique et clinique, peut être assimilé à celui que tout le monde connaît, au lupus des fosses nasales.

Avant d'aller plus loin, nous devons nous poser la question suivante : L'étude de l'esthiomène de la région vulvo-anale reste-t-elle dans notre sujet? Il est certain que cette maladie atteint le tégument cutané dans une proportion aussi grande que le tégument muqueux. Il est non moins évident que d'une part, l'anus, le vagin et l'urèthre, que d'autre part, le vestibule de la vulve, la fosse naviculaire, les petites lèvres, la face interne des grandes lèvres, organes pourvus d'un revêtement bien plutôt muqueux que cutané sont des points où s'étend l'esthiomène et où il amène les plus grands désordres. — L'esthiomène doit donc être étudié dans une thèse qui a pour titre des scrofulides des muqueuses. Du reste, nous aurons surtout en vue dans cette affection, ce qui a trait aux membranes muqueuses, et nous passerons rapidement sur les désordres qui intéressent la peau des parties voisines.

Etiologie. — L'esthiomène de la vulve est une affection scrofuleuse. Ce qui le prouve, c'est son analogie avec le lupus reconnu scrofuleux par tous les observateurs; c'est son existence chez des sujets reconnus scrofuleux, soit par des manifestations antérieures de la diathèse, soit par les attributs du tempérament scrofuleux. La grande cause prédisposante est donc dans la constitution spéciale de l'individu.

Il n'est pas rare que la femme, qui présente l'esthiomène, n'ait eu autrefois aucune manifestation scrofuleuse; c'est alors l'accident initial; il rentre dans la classe des *scrofulides fixes primitives* de M. Bazin.

L'esthiomène se montre ordinairement dans la période menstruelle de la femme; cependant Huguier cite trois cas, un chez

une enfant de douze ans, deux autres chez des femmes de cinquante ans, où l'affection a débuté en dehors de cette période.

La malpropreté est ordinairement citée, comme ayant contribué au développement de l'affection. Tous les cas d'esthiomène ont été rencontrés chez des personnes appartenant aux classes inférieures de la société, là où des soins de propreté sont généralement hors de mise. Souvent, les femmes atteintes d'esthiomène s'étaient livrées à la débauche et plusieurs étaient certainement syphilitiques. Dans tous les cas au début, on a noté un écoulement vaginal, soit qu'un catarrhe utérin ou une autre cause de leucorrhée ait précédé le développement de la maladie, soit que cet écoulement en ait été un des premiers signes.

Symptomatologie. — Avec Huguier, nous diviserons l'esthiomène en trois grandes variétés :

- 1° L'esthiomène *superficiel*;
- 2° L'esthiomène *perforant*;
- 3° L'esthiomène *hypertrophique*.

Hâtons-nous de dire toutefois, que, presque jamais, on ne trouve une de ces variétés à son état de simplicité : ordinairement plusieurs sont associées, et, souvent, en même temps que l'esthiomène perforant, par exemple, on trouve le superficiel et l'hypertrophique.

L'*Esthiomène superficiel* peut se subdiviser encore en *esthiomène erythémateux* et *esthiomène tuberculeux*. Il occupe généralement le mont de Vénus, la face externe des grandes lèvres, les plis génito-cruraux, les parties latérale et antérieure du périnée, les extrémités postérieures des grandes lèvres. Il semble donc respecter les muqueuses : aussi nous en ferons une description rapide, nous réservant d'insister surtout sur l'esthiomène perforant, qui rentre plus intimement dans notre sujet.

Dans l'*esthiomène erythémateux* la peau *reste lisse*, mais devient d'un rouge obscur uniforme, violacé ou bleuâtre. Cette teinte disparaît sous la pression du doigt. Dans les parties exposées à l'air existent de minces écailles épidermiques en partie détachées. La peau est épaissie là où l'éruption est jeune encore; elle est au contraire diminuée d'épaisseur là où l'éruption est en voie de décroissance. Au milieu de la rougeur générale existent quelques points plus rouges, lenticulaires, présentant une écaille épidermique à leur sommet. Cette affection ne s'accompagne d'aucune douleur, mais d'un léger degré de cuisson.

L'*esthiomène tuberculeux* est caractérisé par des tubercules de la peau, en général assez peu nombreux, qui donnent lieu au bout d'un certain temps à une ulcération de mauvais aspect. Les tubercules sont larges, peu élevés, d'une coloration rouge-violacée, ordinairement indolents, séparés par des intervalles de peau saine ou présentant les lésions de l'*esthiomène erythémateux*. Au bout d'un certain temps, ces tubercules s'ulcèrent, forment de petites ulcérations distinctes, ou elles se réunissent en une grande ulcération. Les contours sont irréguliers, uniformes, envoient des sortes d'éperons, qui parfois se portent d'un point de la circonférence à un autre. L'ulcération, plus ou moins profonde, offre une teinte blafarde d'un rouge sombre ou violet, mêlée de quelques points d'un rouge plus vif. La surface est mamelonnée, granulée ou villeuse à la manière du *velours d'Utrecht*. Une légère pellicule organique la recouvre, semblable à un épithélium imparfait. Les bords de l'ulcération, loin d'être épais, taillés à pic, sont minces, affaissés, offrant la teinte de l'ulcère avec la surface duquel ils se perdent graduellement, quelquefois même ils sont au-dessous du niveau de la surface. Comme dans le *lupus de la face*, on voit les par-

ties cicatrisées envahies par de nouveaux tubercules, et par ces poussées successives la maladie peut durer très-longtemps. Il en résulte qu'autour de l'ulcération, on trouve deux sortes de cicatrices, les unes affaissées, pâles et blanches, les autres dures, violettes, blauâtres, plus récentes que les premières.

L'esthiomène perforant ou ulcéreux est sans contredit la variété qui nous intéresse le plus. C'est lui qui atteint la muqueuse du vagin, de l'urèthre, du rectum, les petites lèvres le vestibule. Il mérite bien son nom : il s'étend autour des conduits naturels, les dissèque, les perfore, amenant par suite des troubles considérables dans les phénomènes fonctionnels.

Comme exemple de cette variété, nous pouvons citer les observations deux, trois, quatre, cinq, six, huit de Huguier, l'observation de Bernutz, celle de Curtis, de Leroy des Barres, de Siredey et la plupart de celles de Fiquet.

Généralement, les parties voisines sont hypertrophiées (nymphe, grandes lèvres), ce qui fait que d'abord l'ulcération n'attire pas l'attention ; il faut la chercher.

A l'exemple de Huguier et pour introduire un peu d'ordre dans la description, nous étudierons l'ulcération d'après son début.

Ordinairement, elle commence au niveau du vestibule. Alors, elle envahit les parties voisines de l'urèthre, quelquefois elle entoure ce conduit, qui apparaît alors en saillie au dessus des parties malades (Thèse de Fiquet, obs. VIII). Plus souvent l'urèthre lui-même a été envahi soit partiellement (Huguier, obs. V), soit totalement, en sorte qu'il existe de l'incontinence de l'urine (obs. de Curtis). L'urèthre doit être cherché profondément, à travers les surfaces ulcérées, ordinairement au milieu des tubercules plus ou moins volumineux : on le trouve au fond d'une sorte d'entonnoir formé

par ces différentes parties, et la sonde ou le doigt peuvent le reconnaître.

L'affection peut débiter derrière le méat urinaire; l'ulcération envahit alors les tissus situés entre ce conduit et la colonne antérieure du vagin. Le tubercule, qui la termine, est bientôt isolé et fait quelquefois saillie au milieu des parties ulcérées. Il est dur, tuméfié et en partie libre, il se porte comme une valvule vers la partie postérieure. En même temps, par son volume le tubercule rétrécit l'orifice vaginal (Huguier, obs. III). Ordinairement les désordres ne restent pas limités à ce que nous venons de décrire, des ulcérations se forment en même temps autour de l'urèthre et finissent par détruire ce conduit. Ou bien l'ulcération se propage en arrière, décollant une plus grande partie du conduit vaginal sur les parties latérales (Huguier, obs. VIII).

Dans d'autres cas, sans creuser aussi profondément les tissus, l'ulcération peut s'étendre sur la face interne des petites lèvres et sur le vagin, occuper une zone de plusieurs centimètres de hauteur dans la partie inférieure du vagin et au niveau du vestibule (Obs. de Polaillon, thèse de Fiquet), ou bien n'intéresser que la portion inférieure de la face antérieure du vagin, ainsi que les parties voisines de l'urèthre (Siredey).

Dans un troisième type, l'ulcération a débuté dans cette partie qui sépare l'anus du vagin, quelquefois au niveau de la fosse naviculaire. L'extrémité inférieure de la colonne postérieure du vagin est détachée de la fourchette par une ulcération, qui détruit la fosse naviculaire et tend à s'engager entre le rectum et la paroi postérieure du vagin. La partie de cette paroi, détachée par l'ulcération, est portée en avant vers le centre de l'ouverture vaginale et l'oblitére comme le ferait une soupape. A un degré plus avancé, la cloison recto-vaginale est perforée,

et le vagin et le rectum s'ouvrent dans le même infundibulum (Obs. de Leroy des Barres, Huguier obs. VI).

La surface de l'ulcération offre une coloration jaune grisâtre : elle devient, sous l'influence des topiques, d'un rouge violet, lisse et luisante. Il en suinte une sérosité purulente, aqueuse, peu épaisse, mais non du vrai pus.

La marche de cette ulcération est lente, la destruction se fait molécules par molécules sans amener ordinairement de fièvre. Les phénomènes fonctionnels sembleraient devoir donner l'éveil, ils sont souvent assez peu accusés pour passer inaperçus des malades. Dans quelques observations on signale la douleur dans la miction. Le rétrécissement du vagin, amené par la tuméfaction de la muqueuse, a pu, dans certains cas, entraver les fonctions du canal.

Les terminaisons sont variables : ou bien l'ulcération tend à la cicatrisation, se cicatrise même : elle amène alors des déformations considérables, semblables à celles que les cicatrices du lupus font subir à la bouche, aux narines et aux paupières. Souvent la cicatrisation ne se fait pas et, tôt ou tard, le malade succombe aux progrès de la scrofulide viscérale, présentant les lésions décrites au chapitre anatomo-pathologique.

L'esthiomène hypertrophique comprend deux variétés, *l'esthiomène végétant*, *l'esthiomène éléphantiasique*.

L'esthiomène végétant est constitué par de petites tumeurs, assez analogues aux végétations, mais non dichotomisées comme celles-ci. Elles peuvent naître d'un esthiomène érythémateux, alors la végétation mamillaire est recouverte par une sorte de prolongement de la peau ; ou de la surface ulcérée d'un esthiomène tuberculeux, alors les végétations

d'un aspect vilieux, violacées, sont uniquement revêtues par une très mince pellicule, qui permet au sang de transsuder avec la plus grande facilité.

Dans l'*esthiomène éléphantiasique*, l'induration et l'infiltration des tissus sont dues, d'après Huguier, soit à la répétition d'érysipèles, soit à des phlébites, des angioloécites, qui ont entravé la circulation veineuse ou lymphatique.

Ces lésions peuvent affecter les grandes et les petites lèvres, le clitoris, les caroncules myrtiformes, les plis de l'anus. Les parties hypertrophiées forment en général des tumeurs oblongues, d'un rouge-sombre, violacées, résistantes au toucher. Lorsque la maladie est très ancienne, la surface des tumeurs se hérisse de végétations comme la première variété d'esthiomène hypertrophique.

Le musée de Saint-Louis possède une pièce moulée sur le malade de l'observation de M. Siredey, qui est un type remarquable d'esthiomène hypertrophique.

En même temps que les tumeurs des organes extérieurs on trouve souvent dans ces cas, une infiltration du vagin, du rectum dans une plus ou moins grande étendue, une tuméfaction des ganglions inguinaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons peu de chose à dire de l'anatomie pathologique de l'esthiomène.

En effet, les lésions macroscopiques sont décrites avec les symptômes et nous n'avons pas à y revenir.

Quant aux lésions microscopiques, les opinions étant partagées jusqu'ici, nous ne pouvons que renvoyer au chapitre de l'anatomie pathologique des scrofulides en général (page 19).

DIAGNOSTIC

Quand l'esthiomène est ancien, que des ulcérations se sont produites avec leurs caractères térébrants, que l'œdème éléphantiasique a envahi les parties voisines et a produit l'aspect si caractéristique de la lésion, il est difficile de commettre une erreur.

Mais si l'on voit la lésion au début, le diagnostic présente de grandes difficultés. Nous devons à ce point de vue reprendre une à une les différentes variétés décrites.

L'esthiomène tuberculeux pourrait être confondue avec une *syphilide tuberculeuse* de la région, ayant amené un empatement hypertrophique des parties, qui supportent les tubercules. La symétrie des lésions syphilitiques, l'état des ganglions, les troubles concomitants, la marche de l'affection, les résultats du traitement indiqueront rapidement à laquelle des deux affections il faut la ranger.

Nous ne ferons que citer l'*eczéma chronique* des vieilles femmes qu'un examen attentif distinguera bien facilement de l'esthiomène.

L'*épithélioma* est d'un diagnostic plus difficile. Le fond en est sanieux et déverse un ichor fétide ; la plaie sous l'influence du traitement, ne prend pas l'aspect rosé de l'esthiomène, enfin les ganglions inguinaux s'engorgent rapidement.

L'esthiomène ulcéreux ou perforant doit être distingué d'un chancre simple, d'une *syphilide ulcéreuse*, d'un *cancroïde*. — L'inoculation devra toujours être faite dans les cas où un chancre simple est possible. Une inoculation négative élimine immédiatement cette hypothèse.

La *syphilide ulcéreuse* est très-difficile à distinguer, surtout au bout d'un certain temps, c'est-à-dire quand on n'a pas assisté aux débuts de l'affection. J'ai vu dernièrement, dans le service de M. Alfred Fournier, une femme qui avait autrefois présenté des accidents syphilitiques (gommés ulcérés du vestibule) de la vulve, et qui revenait, présentant des lésions qui ressemblaient à s'y méprendre à celles de l'esthiomène. — Le diagnostic eut été impossible si l'on n'avait, dans l'observation prise il y a quatre ans, consigné l'évolution des accidents.

Voici ce que l'on constatait :

L'ulcération s'étend depuis la base de la réunion des petites lèvres jusqu'au niveau de la colonne antérieure du vagin. Elle est profonde, mine en avant le clitoris et, en arrière, s'enfonce entre la colonne antérieure du vagin et le point où devrait être l'urèthre. Le fond de l'ulcération est grisâtre en avant et en arrière ; il existe des tubercules rougeâtres, semblables à des bourgeons charnus volumineux, de la dimension d'un petit pois, durs et revêtus d'une mince lamelle épidermique. Si on cherche l'urèthre en écartant les tubercules, on l'aperçoit sous la forme d'un simple orifice. Les quatre cinquièmes du canal sont détruits. Une sonde est introduite par cet orifice, il s'écoule environ 200 grammes d'urine. — Si quelques-uns des tubercules sont épidermisés, au contraire à la partie antérieure et dans la profondeur, vers l'urèthre, l'ulcération existe encore. — La sécrétion fournie par les parties malades n'a encore aucune mauvaise odeur. — Il n'existe pas d'engorgement ganglionnaire. — Les parties périphériques n'offrent pas la teinte violacée, les nymphes et les grandes lèvres ne sont pas œdématisées. La malade n'a eu aucune manifestation strumeuse dans l'enfance.

Elle ne peut retenir que partiellement ses urines. — Les parties malades ne sont pas douloureuses spontanément et le toucher est facilement supporté.

Il s'agit là, dit M. Fournier, de lésions syphilitiques ayant laissé une ulcération, qui est entretenue par l'écoulement incessant de l'urine.

Le *cancroïde ulcéré* ne s'accompagne pas de l'aspect violacé de la région, il n'est pas térébrant comme l'esthiomème, il n'a pas la marche de celui-ci, il saigne facilement, laisse suinter un ichor fétide, et s'accompagne rapidement d'engorgement ganglionnaire et de phénomènes généraux.

Quant à la *forme hypertrophique*, elle pourrait au premier abord faire penser à un éléphantiasis : la surface, au lieu d'être lisse comme dans l'éléphantiasis, présentera la plupart du temps les tubercules caractéristiques que nous avons décrits.

Enfin, on ne confondra pas les végétations vénériennes avec celles de l'esthiomène végétant. Les premières sont dichotomisées, partent d'une muqueuse saine, sont souvent pédiculées; les autres sont sessiles, prennent naissance dans un point déjà altéré et sont ordinairement lisses et indivises.

TRAITEMENT.

Le traitement comprendra plusieurs indications :

1° Traitement général sur lequel nous n'avons plus à revenir.

2° Localement on agira par des bains, des lotions, des injections, de manière à entretenir les parties dans la plus exquise propreté.

3° Quelquefois, il faudra intervenir plus activement, si un lambeau de la muqueuse vaginale fait saillie, est décollé dans une grande étendue, il ne faudra pas hésiter à le retrancher.

4° Le traitement par les scarifications donnerait sans doute ici encore de bons résultats, surtout au début de l'affection.

ULCÉRATIONS SCROFULEUSES DU COL DE L'UTÉRUS.

Elles sont certainement très-rares, et c'est uniquement sur le témoignage de Courty que nous nous basons pour affirmer leur existence.

Au point de vue des causes diathésiques de l'ulcération du col de l'utérus, nous attribuons une importance bien plus considérable à la syphilis et à l'herpétisme.

Les ulcérations dartreuses se reconnaîtront à l'existence, sur les parties voisines, des traces de l'éruption qui leur a donné naissance, aux manifestations dartreuses qui existent en même temps sur le reste du corps.

Les ulcérations syphilitiques seront ou des chancres infectants ou des éruptions plus tardives. Indépendamment des accidents syphilitiques concomitants, on aura, pour assurer le diagnostic, un caractère objectif important, c'est l'aspect festonné de l'ulcération. — Sur les muquenses comme sur la peau, le clinicien peut tirer de ce signe un grand élément de probabilité.

«Les ulcérations scrofuleuses ont des bords décollés, baveux, s'étendant souvent assez loin sur les deux lèvres du col. Elles secrètent un pus très-abondant, souvent mal lié, séreux ou séro-caséeux. On dirait que de leurs bords et des anfractuosités qui se creusent au-dessous de leurs bords décollés, il sort un pus épais, concret, condensé par son

»séjour prolongé dans ces crevasses et dont la partie séreuse
»s'en est déjà écoulée.

»De telles ulcérations se rencontrent chez des malades
»essentiellement scrofuleuses, ne paraissant pouvoir se ratta-
»cher à une aucune autre cause et se guérissent par l'influence
»unique d'un traitement antiscrofuleux bien dirigé.»

CHAPITRE XII

DES SCROFULIDES DES MUQUEUSES GASTRO-INTESTINALE

ET LARYNGO-BRONCHIQUE.

§ I. — *Introduction.*

Nous avons examiné jusqu'ici, si nous pouvons ainsi parler, les muqueuses accessibles à la vue sur le vivant : il nous reste à étudier les muqueuses bronchique et gastro-intestinale.

Dans le cours de ce travail, nous avons parlé déjà, de l'étroite parenté qui existe entre la scrofule et la tuberculose. Que l'on soit unitaire ou dualiste, il faut reconnaître que ces deux affections donnent quelquefois naissance aux mêmes lésions et aux mêmes processus. De la similitude de la lésion et de l'évolution, quelques uns ont conclu à l'identité des maladies premières causes efficientes des phénomènes observés. Ces considérations s'imposent lorsqu'on étudie les scrofulides des muqueuses profondes.

En dehors des lésions purement catarrhales qui sont assez banales, les lésions nées de la scrofule et du tubercule sont pour ainsi dire identiques, du moins en beaucoup de points, et se présentent avec un caractère clinique et anatomo-pathologique bien défini. Seules les lésions de la fièvre typhoïde présentent quelques analogies avec celles qui nous occupent, et qui ne se bornent pas d'ailleurs exclusivement aux lésions muqueuses. Il est certain que dans la fièvre typhoïde, comme

dans la scrofule et le tubercule, quoique d'une manière bien différente, le système lymphatique joue un rôle considérable.

Mais cette réserve faite, sur laquelle nous aurons à revenir plus tard, les lésions des muqueuses (inflammation des follicules, ulcérations) ont un caractère parfaitement net. On ne saurait les considérer comme un résultat de la cachexie ou d'un processus inflammatoire ordinaire : on retrouve toujours l'influence de la diathèse. Que l'on se rapporte aux observations macroscopiques si admirables des anatomo-pathologistes du premier tiers de ce siècle, que l'on prenne, au contraire, les observations plus récentes avec toutes les données de l'histologie, et l'on retrouvera toujours aux lésions qui nous occupent, un caractère parfaitement défini.

S'il nous est impossible, à un moment donné, de distinguer une ulcération née sous l'influence de la scrofule d'une autre ulcération née sous l'influence de la tuberculose, il nous est impossible de confondre cette ulcération avec aucune autre ; et les lésions de l'entérite, de la dysenterie ou de l'urémie ne sauraient donner lieu à la moindre méprise, au moins dans la majorité des cas.

Aussi, il nous est absolument impossible dans l'étude qui va suivre, de séparer l'étude des lésions scrofuleuses et tuberculeuses des muqueuses. Sans doute, nous ferons ressortir avec soin ce qui doit être mis à l'actif de la scrofule ; mais au point de vue pratique, nous ne pouvons pas éliminer d'une façon absolue les lésions observées chez les tuberculeux.

D'ailleurs, si l'on consulte les auteurs, on voit bien vite qu'aujourd'hui du moins, il est impossible de procéder autrement. En effet, beaucoup considèrent la scrofule et la tuberculose comme des manifestations d'une même diathèse,

et décrivent volontiers comme lésions tuberculeuses, des lésions qui sont plutôt scrofuleuses, si l'on considère leur siège et leur évolution. D'autres qui, comme Milcent, séparent très-absolument la scrofule et le tubercule, attribuent aux tubercules des lésions qui appartiennent de toute évidence aux scrofules. Nous devons dire aussi que si les recherches anatomo-pathologiques ont été admirablement conduites pour la fièvre typhoïde, la phthisie, il n'en est pas de même quand il s'agit de la scrofule. L'attention s'est surtout portée sur le tissu osseux, sur la peau et les glandes lymphatiques, mais l'on ne s'est pas occupé des muqueuses profondes. Il est certain que la question des scrofulides des muqueuses bronchique et gastro-intestinale est pour ainsi dire, entièrement à résoudre. Nous espérons que notre étude servira à fixer les données du problème.

§ II. — *Muqueuse gastro-intestinale.*

Les altérations scrofuleuses de la muqueuse gastro-intestinale peuvent affecter des formes bien diverses. On sait que les scrofuleux présentent une grande prédisposition aux lésions catarrhales. Chez eux, les catarrhes s'éternisent, et sont d'une remarquable tenacité; aussi doit-on s'attendre à rencontrer tous les degrés de l'inflammation catarrhale. Quand on est en présence d'une congestion, d'une arborisation de la muqueuse, on n'a affaire qu'à une lésion bien banale qui n'a rien de caractéristique, et qui peut se rapporter aux états pathologiques initiaux les plus divers. Mais il n'en est plus de même, quand on a affaire à certaines ulcérations, surtout si l'on considère l'inflammation des glandes muqueuses comme une première période de la forme ulcéreuse. C'est alors que nous aurons à signaler des lésions tout-à-fait caractéristiques.

Bazin considère dans les scrofulides des muqueuses la forme catarrhale et la forme éruptive, et distingue en outre les formes bénignes et les formes malignes. Il est peut-être bien difficile de garder cette classification pour la muqueuse gastro-intestinale. Sans doute on peut conserver la forme catarrhale. Les catarrhes, survenus chez les scrofuleux, ne présentent d'ailleurs rien de bien spécial au point de vue anatomo-pathologique, et ne se distinguent guère que par le caractère de ténacité que leur imprime la diathèse. Mais il n'est pas bien démontré qu'il existe une forme éruptive des scrofulides gastro-intestinales.

Cela tient-il à ce fait qu'il nous est impossible d'observer directement ces muqueuses? ou bien cette forme existe-t-elle réellement? C'est ce que nous ne pouvons établir d'une manière définitive.

Quoiqu'il en soit, pour rester fidèle à la classification que nous avons adoptée, nous tâcherons de préciser ce qu'il faudrait entendre par scrofulide catarrhale de la muqueuse gastro-intestinale; puis la forme éruptive bénigne ne nous étant pas démontrée, nous nous occuperons surtout des ulcérations qu'on pourrait considérer alors comme une forme éruptive maligne.

A. — OESOPHAGE.

Pour l'œsophage, nous ne connaissons aucune observation bien certaine d'*inflammation érythémateuse*, de congestion catarrhale simple, non compliquée d'ulcérations.

Quant aux ulcérations, elles n'ont pas été observées, ou peut-être, pourrions-nous dire, ne paraissent pas avoir été recherchées chez les scrofuleux en dehors de toute lésion tuberculeuse; et cependant, si l'on se reporte aux observations de Louis,

on doit qualifier de scrofuleuses beaucoup des lésions muqueuses qui sont décrites.

Même chez les phthisiques, on observe assez rarement les ulcérations de l'œsophage : Louis n'en a rencontré que six fois sur cent dix cas. Dans la plupart des cas, les ulcérations étaient nombreuses, petites et faites comme à l'emporte-pièce. L'éminent observateur, que nous venons de citer, affirme n'avoir jamais trouvé d'ulcérations de l'œsophage dans les maladies chroniques autres que la phthisie, ni dans les maladies aiguës autres que la fièvre typhoïde. Nous devons noter tout de suite ce rapprochement entre les lésions scrofulo-tuberculeuses et les lésions typhoïdes, qui s'impose après la remarque de Louis. Nous aurons à le rappeler en étudiant les lésions de la muqueuse intestinale, en faisant ressortir la caractéristique des altérations scrofuleuses de cette muqueuse.

Diagnostic différentiel. — On devra bien se garder de confondre les ulcérations que nous venons de décrire avec les desquamations épithéliales qui peuvent quelquefois, à un premier examen, être confondues avec de véritables ulcérations : d'ailleurs, ces cas sont rares.

Billard paraît avoir commis la méprise dont nous parlons, en décrivant des ulcérations dans la gastro-entérite ; et l'on doit tenir pour vraie l'opinion de Louis. M. Parrot, qui a observé un nombre très-considérable de gastro-entérites chez les nouveau-nés, n'a rencontré que deux fois quelques rares ulcérations de l'œsophage.

Les gommes syphilitiques, l'athérome, pourraient être les causes occasionnelles d'ulcérations de l'œsophage. Mais un examen un peu attentif permettra d'éviter toute erreur, si l'on tient compte de la forme, du nombre et du siège histologique de l'ulcération, qui n'aura plus son point de départ dans les

glandes muqueuses. Il n'en est plus de même s'il s'agit des ulcérations consécutives à une fièvre typhoïde, qui ont le même siège que celles de la tuberculose; mais ici l'évidence de la maladie première ne permettra pas la confusion; aussi bien, comme nous le verrons dans la suite, le processus n'est pas absolument le même dans les deux espèces d'ulcérations.

On ne devra pas oublier que certains médicaments, comme le tartre stibié, peuvent provoquer des ulcérations de l'œsophage. M. Laboulbène en rapporte un remarquable exemple dans son travail sur les affections pseudo-membraneuses.

Symptômes. — Louis dit n'avoir jamais observé chez le vivant aucun symptôme qui dût être rapporté aux ulcérations de l'œsophage, ou qui put les faire pressentir.

B. — ESTOMAC.

Lésions catarrhales. — On sait combien les catarrhes chroniques sont fréquents chez les scrofuleux. Il n'est donc pas étonnant à priori d'observer des catarrhes de l'estomac. Mais les auteurs ont peu signalé les affections de cette nature chez les scrofuleux proprement dits, c'est-à-dire ne présentant pas de lésions tuberculeuses. Cependant Billard signale une observation qui se rapporte manifestement à un scrofuleux. Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, «de taille petite, faible de constitution, mort des suites d'une affection du genou (tumeur blanche).

»Estomac peu distendu, blanchâtre sans injection extérieure
»A l'intérieur, rides épaisses et nombreuses au grand cul de sac
»seulement. Mucosités en général assez épaisses et abondantes;
»une plaque rouge ponctuée, large d'un demi-pouce, longue
»d'un pouce se montrait à la petite courbure sans tuméfaction

»évidente de la muqueuse. Le pylore est saillant, un peu tumé-
»fié et environné de plaques vermeilles, dont les bords moins
»colorés, se confondent insensiblement avec la couleur générale
de l'organe.» (Billard, de la muqueuse gastro-intestinale. Paris,
1825. Page 206.)

Quoique Billard ne prononce pas positivement le mot de scrofule, le sujet de cette observation, en tenant compte de l'étiologie de la tumeur blanche et des autres phénomènes observés, nous pouvons à bon droit le considérer comme scrofuloux.

Dans la phthisie, on rencontre assez fréquemment des lésions de l'estomac, et sur 96 cas Louis a rencontré la muqueuse rouge, mamelonnée et parfois épaissie à *sa partie antérieure*. Toujours, d'après Louis, les lésions inflammatoires de l'estomac se montreraient dans les quatre cinquièmes des cas, C'est à dessein cependant que nous choisissons les observations comprises sous la rubrique citée plus haut. En effet nous ne saurions admettre avec Louis que toutes les lésions de la muqueuse stomacale, amincissement, décoloration, infiltration puissent être mis sur le compte de la phthisie. Cet éminent observateur ne nous paraît pas avoir tenu assez compte de l'action du suc gastrique. Louis, Billard, Cruveilhier ont trop méconnu ces digestions cadavériques ou du moins appartenant à la période ultime des maladies, soit que la décomposition des matières amylacées donnât naissance à des acides, soit que la vitalité des tissus ne fût plus suffisante pour résister à l'action dissolvante du suc gastrique. Nous n'insisterons pas sur ce point trop étranger à notre sujet. Hunter d'abord, mais surtout Carswell, Bamberger, Virchow, Vogel, Brinton ont mis ce point hors de doute.

D'ailleurs, nous devons avouer que les lésions que nous venons de décrire, n'appartiennent pas en propre à la scrofule, quoiqu'elles l'accompagnent assez souvent. En effet, Louis les a observées dans quelques affections chroniques. M. le professeur Parrot a aussi remarqué des lésions analogues dans l'estomac d'enfants morts d'athrepsie.

On peut aussi rencontrer dans l'estomac une véritable desquamation épithéliale, ou des espèces de fausses membranes ou tout au moins un enduit pultacé analogue à ce que nous avons décrit pour l'œsophage. Cette lésion paraît appartenir à des cas plus particulièrement graves. Billard en rapporte un cas remarquable chez un phthisique. « L'estomac offrait à peu près la largeur ordinaire du cœcum, la membrane muqueuse était tapissée par une espèce de fausse membrane qu'on enlevait par plaques ou avec le doigt, et qui s'appliquait sur les plis nombreux de la muqueuse ou sur leurs intervalles. » (Billard, loco citato, page 383). Cette lésion est loin d'être commune, elle n'est pas non plus particulière à la scrofule. M. Parrot souvent signalé cette lésion chez les athrepsiés.

Ulcérations. — Dans l'estomac, les ulcérations sont de beaucoup plus fréquentes que dans l'œsophage, mais moins que dans l'intestin. Chez les phthisiques, Louis a trouvé des ulcérations de l'estomac dans le douzième des cas, mais nous ne pouvons pas accepter le chiffre de Louis sans le faire suivre de quelques commentaires. A propos de l'intestin surtout, nous aurons à insister beaucoup sur la pathogénie de ces ulcérations; mais toutefois nous devons rappeler ici que les ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale chez les phthisiques sont de deux ordres : les unes, qui sont dues surtout à l'inflammation spécifique des glandes mucipares, les autres à la dégénérescence caséuse de granulations tuberculeuses déposées

dans le tissu sous-muqueux. Nous ferons ressortir plus tard l'importance de cette distinction. D'ailleurs, les ulcérations citées par Louis ont bien probablement pour origine les glandes mucipares, puisque cet observateur déclare n'avoir jamais trouvé de granulations tuberculeuses de l'estomac sur 400 cas de phthisie. Tonnelé, cité par Louis, n'en a jamais rencontré; Andral, qui a vu plusieurs centaines de phthisiques, n'en a remarqué que deux cas. Cependant Rilliet et Barthez sont en désaccord avec les données de Tonnelé : ils ont trouvé 14 cas d'ulcères sans tubercules et 7 cas d'ulcères tuberculeux. Nous devons rappeler que même dans ce cas, l'infiltration tuberculeuse a pu être postérieure à l'ulcération dont l'origine première serait dans les glandes.

Diagnostic différentiel.— La scrofule et la phthisie ne sont pas les seules affections où l'on trouve des ulcérations de la muqueuse stomacale; on en rencontre aussi dans la gastro-entérite et surtout dans la gastro-entérite des nouveau-nés. Denis, Rilliet et Barthez, Barrier en rapportent des observations. M. Parrot en cite plusieurs cas; mais d'après Louis, les ulcérations des phthisiques sont nombreuses (80 dans quelques cas) petites, faites comme à l'emporte-pièce; elles affectent les glandes mucipares au moins au début. Dans les ulcérations dues à la gastro-entérite, à l'athrepsie, la lésion siège primitivement dans la muqueuse; elles sont en cupule; parfois on trouve la muqueuse rosée, et çà et là on observe des plaques jaunâtres qui sont le premier degré de l'ulcération. Ces plaques ont des contours peu nets, mal définis; cette teinte jaune n'existe jamais dans les ulcères scrofuleux ou phthisiques. M. Parrot explique très-bien l'origine hématiche de ces colorations jaunes, mais nous ne pouvons pas nous occuper de ce point d'anatomie pathologique qui est trop hors de notre sujet.

On voit déjà, que même après un examen macroscopique, on ne peut pas confondre les deux espèces d'ulcérations. Si l'on tient compte du processus histologique, l'erreur n'est pas non plus possible : en effet, dans l'athrepsie, la gastro-entérite, les glandes mucipares ne sont attaquées que secondairement. Il y a une lésion de la muqueuse tout entière, lésion qui est ordinairement le résultat d'un processus irritatif évident, mais parfois aussi, comme le fait remarquer M. Parrot, chez certains enfants atteints d'ictère et d'œdème, le phénomène initial paraît être une oblitération des vaisseaux. On sait d'ailleurs l'importance que Rindfleisch accorde aux phénomènes circulatoires dans la production des ulcères de l'estomac.

Dans cet ordre d'idées, nous devons rappeler que les plaques athéromateuses ne sont pas absolument rares quand il y a athérome de l'aorte, que ces athéromes peuvent être l'origine des ulcérations de la muqueuse ; mais la confusion sera difficile en tenant compte du siège et du nombre des ulcérations.

Nous ne pouvons pas quitter les ulcérations de la muqueuse de l'estomac sans parler de quelques particularités communes à toutes les ulcérations de cette muqueuse. Nous voulons parler de l'influence du suc gastrique et des digestions *post mortem*. On ne doit jamais perdre de vue que, dans les parties déclives, sur les points où le suc gastrique est normalement acide, on peut alors voir comme un ramollissement de la muqueuse. Le fond de l'ulcère est transparent, il y a parfois un véritable décollement qui permet l'introduction d'un stylet. Barrier, Rilliet et Barthez décrivent des ulcérations dont le caractère a été évidemment modifié par des altérations nécro-chimiques. Il nous suffit de citer ces faits sans qu'il soit besoin] d'insister.

Symptômes. — Les troubles digestifs sont fréquents chez les scrofuleux comme chez les phthisiques, cependant on ne peut pas rapporter les phénomènes observés sur le vivant aux lésions nécroscopiques.

C. — INTESTIN.

Dans l'intestin comme dans l'estomac, on remarque des altérations rouges, plus ou moins foncées, de la muqueuse ; mais ces altérations ne se trouvent pas uniquement chez les scrofuleux ou les phthisiques. Louis dit les avoir rencontrées aussi fréquemment dans les autres maladies chroniques. Billard rapporte des faits analogues. M. Parrot signale les mêmes faits dans l'athrepsie. Nous n'insisterons pas sur cette lésion qui n'a rien de caractéristique.

Mais la lésion caractéristique par excellence de l'intestin est l'*ulcération tuberculeuse*. Nous avons vu que dans l'œsophage les ulcérations qui viennent chez les scrofuleux ou les phthisiques en dehors de toute infiltration granuleuse préalable, ont le même lieu d'élection que les ulcérations typhoïdes. Cela est surtout vrai pour l'intestin, aussi trouve-t-on le plus souvent ces altérations aux environs de la valvule *ileo cœcale*, dans l'intestin grêle, dans les plaques de Peyer et les follicules clos. « Les affections primaires des follicules clos ne sont pas de nature tuberculeuse... La tuméfaction grise qui augmente quelquefois du triple le volume d'un follicule, provient d'une simple néo-formation de corpuscules lymphatiques, dans les voies lymphatiques et le parenchyme réticulaire du follicule, analogue à celle qui produit le bubon scrofuleux. La caséification succédant ensuite est identiquement le même processus

»régressif que celui qui atteint le tubercule vrai, et à dater de
»ce moment, toute distinction devient impossible... Mais un
»fait caractéristique est que l'affection concomitante des
»glandes mésentériques offre essentiellement le caractère scro-
»fuleux et se distingue très-bien des phénomènes anatomiques
»de la tuberculose vraie des glandes lymphatiques.» (Rind-
fleisch, p. 378).

Mais chez les phthisiques, les ulcérations de l'intestin n'ont pas toujours le même processus habituel. On voit s'ulcérer des granulations tuberculeuses qui naissent dans le tissu sous-épithélial au niveau des culs-de-sac des glandes en tubes de Lieberkum. «Les nodosités tuberculeuses sont cohérentes, »dures, difficiles à dilacérer et à écraser, elles sont grises et demi-transparentes, ou blanchâtres et opaques.» Hérard et Cornil. — (De la phthisie pulmonaire, p. 78)

« Les nodosités qui reconnaissent pour cause une inflamma-
»tion des follicules clos se présentent « sous la forme d'un
»grain proéminent, transparent au début, puis opaque, blan-
»châtre au jaunâtre; ce qui les différencie à l'œil nu des pré-
»cédents, c'est qu'elles sont moins dures, moins résistantes à
»l'écrasement. En les piquant avec une aiguille, on fait sortir
»un peu de liquide plus ou moins louche, blanchâtre ou jaune
»et caseux. Les éléments de ce liquide, ordinairement lobés et
»non intimement unis, sont des globulins lymphatiques, des
»leucocytes mesurant 0^{mm} 008 à 0^{mm} 009, des cellules épi-
»théliales sphériques contenant deux ou un plus grand nombre
»de petits noyaux et même de gros corps granuleux remplis de
»granulations graisseuses. Ces éléments sont tout-à-fait
»différents de ceux qu'on trouve dans le tubercule véri-
table.» (Hérard et Cornil, loc. cit. p. 80).

Ces auteurs remarquent que, dans des coupes exécutées sur des pièces sèches, on voit ces productions exactement limitées par les parois de la glande, ce qui n'a jamais lieu pour le tubercule.

Ces divers modes d'ulcérations avaient été parfaitement décrits dans leurs aspects macroscopiques par Louis, Cruveilhier, Billard. Ce dernier distinguait très-bien cette évolution dans les diverses périodes et cherchait même la différence dans la fièvre typhoïde d'une part, et dans la scrofule et la phthisie d'autre part.

Les maladies dans lesquelles Billard a trouvé l'inflammation aiguë des glandes mucipares avaient présenté « pendant la vie, des symptômes accompagnés d'une fièvre intense. » (Billard, loc. cit. p. 441.)

• L'inflammation chronique des glandes de Peyer se rencontre le plus souvent chez les enfants scrofuleux et sur le cadavre d'individus qui succombent à la phthisie tuberculeuse ou à une affection chronique du système lymphatique en général. » (Id. p. 443).

Ces ulcérations des glandes mucipares peuvent être aiguës ou chroniques; elles se rencontrent particulièrement, dans le premier cas, dans la fièvre dite putride et adynamique; on les trouve, dans le second cas, sur l'intestin des phthisiques et des scrofuleux. (Id. p. 445).

Nous devons ajouter que l'auteur que nous citons, décrit, en outre, des ulcérations ne résultant pas, en apparence, du gonflement des glandes intestinales, et, dans ce cas, ces ulcères sont accompagnés de granulations tuberculeuses. Il sut éviter l'exagération dans laquelle sont tombés la plupart des anatomopathologistes, concernant la fréquence relative de l'ulcération des glandes mucipares.

Rokitansky avait voulu y voir l'origine de toutes les ulcérations tuberculeuses. Mais MM. Villemin, Cornil et d'autres avec eux, ont montré que les ulcérations de la muqueuse intestinale pouvaient parfaitement naître sur une infiltration tuberculeuse.

Mais, quelle que soit l'origine de ces ulcérations intestinales chez les scrofuleux et les phthisiques, l'évolution ultérieure est identique. Sur les plaques de Peyer, les ulcérations folliculaires peuvent devenir confluentes, et l'on a ce que Rindfleisch appelle les *ulcères en grappe*. Puis l'on voit l'ulcération dépasser le territoire glandulaire; le progrès de l'ulcération a lieu le plus souvent par le mécanisme de la gangrène moléculaire. Mais comme le fait très-bien remarquer Rindfleisch, l'élément lymphatique et même la tuberculose jouent un grand rôle. Les vaisseaux lymphatiques deviennent le siège d'une infiltration granuleuse qui suit la direction des petites artères autres que les capillaires, mécanisme qui dirigerait la marche pour ainsi dire serpentine de ces ulcérations, et leur permettrait d'affecter la forme transversale qui les caractérise. Les perforations, quand elles surviennent, se font par le même mécanisme que dans la fièvre typhoïde.

On peut trouver sur le même sujet les divers degrés du processus que nous venons d'indiquer. On en voit un exemple dans l'observation suivante, que nous empruntons à Billard :

Soins, 22 ans, taille petite, faible constitution, meurt des suites d'une affection chronique de l'articulation du genou dite tumeur blanche. Les ganglions du cou et de l'aisselle présentaient un engorgement très-prononcé ainsi que ceux de la région inguinale... Les plaques les plus voisines de la région iléo-cœcale formaient un relief d'une demi-ligne à peu près sur la membrane muqueuse. Plusieurs petites glandes miliaires

blanchâtres et dures surmontaient leur surface... On apercevait, en outre, dans la même région, plusieurs ulcères isolés. Leur diamètre était de deux lignes à peu près... Les bords blancs, durs, criant sous le scalpel étaient arrondis et renversés en dedans de l'ulcère. Au milieu d'une des plaques que j'ai indiquées plus haut, on voyait un ulcère cicatrisé. La dernière plaque, plus étendue que les autres, plus saillante aussi, présentait trois larges ulcérations, à bords calleux, blanchâtres, qui se touchaient et se réunissaient de manière à former de la plaque entière une large surface ulcérée dont la continuité était interrompue de çà de là par les débris des bords des ulcères. (Billard loc-cit p. 476).

C'est tout-à-fait le mécanisme des ulcères en grappe dont parle Rindfleisch.

C'est volontiers que nous citons Billard, qui a pour lui la grande autorité de Louis. Ces deux observateurs ont fait paraître leurs ouvrages à peu près à la même époque (1825), et Louis, venu le second, croit devoir expliquer comment, sans plagiat, il est arrivé à des conclusions tout-à-fait identiques à celles de Billard. Louis remarque en effet que les ulcérations sont deux fois plus fréquentes que les granulations; que, par conséquent, elles doivent être considérées comme indépendantes. Il décrit parfaitement les diverses formes d'ulcérations : les unes petites, arrondies; les autres, elleptiques, comme les plaques; d'autres, enfin, circulaires. Dans ce dernier cas, elles sont toujours étendues. Ceci se rapporte très-bien à la description de Rindfleisch citée plus haut. La forme lunaire a été observée sept fois par Louis, mais toujours dans la première moitié de l'intestin.

Rilliet et Barthez citent 82 cas de tubercules accompagnant les ulcères et 51 cas d'ulcères sans tubercules. Mais ces auteurs n'ont pas distingué suffisamment, peut-être, les ulcères

d'origine folliculaire de ceux d'origine granuleuse. Car, même dans le cas où il a été trouvé des tubercules concomittants, les ulcères ont pu prendre naissance dans les follicules par un processus scrofuleux. Ces chiffres n'infirmen en rien ceux de Louis.

Un argument de plus que nous devons faire valoir, pour prouver que les ulcérations dans la phthisie peuvent dériver d'un processus scrofuleux, nous est fourni par les observations d'Empis. Dans la *granulie*, qui est une forme bien distincte de la phthisie, les ulcérations intestinales paraissent fort rares. On n'observerait jamais d'ulcérations des muqueuses. «Quelle que soit la forme prédominante de l'affection (*granulie*). . . . les membrames muqueuses restent indemnes de tout effet morbide (Empis.—*De la granulie*).

Complications. — Les ulcères de la muqueuse intestinale se compliquent presque toujours d'engorgement des ganglions du mésentère. Il est probable même que toutes les fois qu'on observe un engorgement pareil, on peut affirmer qu'il existe des ulcérations intestinales.

En effet, le carreau est toujours accompagné et presque toujours précédé de troubles digestifs, d'alternatives de diarrhée et de constipation. Nous n'avons pas à décrire ici les ganglions lymphatiques scrofuleux ; rappelons seulement que le processus est toujours scrofuleux et jamais tuberculeux. Chez les phthisiques, les ulcères présentent ou non des tubercules et Milcent, qui est toujours séparatiste quand il s'agit de tubercule et de scrofule, reconnaît que souvent la diarrhée précède l'engorgement glandulaire ; de plus, il constate souvent mais pas toujours, des ulcérations intestinales et des signes d'entérite, dont il veut faire uniquement des altérations tuberculeuses : «Les ulcérations intestinales, dit-il, se rencontrent

quelque fois dans la scrofule, mais sont bien plus plus fréquentes dans la phthisie et doivent faire partie de la description de cette dernière maladie.» (Milcent. *De la scrofule*, p. 162.)

Il est impossible de ne pas trouver cette observation trop absolue, surtout si l'on remarque qu'une ulcération scrofuleuse peut parfaitement présenter une infiltration granuleuse, tout comme une ulcération tuberculeuse, et, qu'arrivée à une certaine période, ces deux altérations ne sauraient être distinguées, surtout si l'on veut tenir compte des études anatomopathologiques, faites par Rabl et que nous avons rapportées plus haut.

En dehors de ces engorgements ganglionnaires, ces ulcérations intestinales peuvent amener une perforation, dont le mécanisme est le même que dans la fièvre typhoïde.

Rindfleisch cite le cas de communications de plusieurs anses intestinales.

Milcent rapporte, d'après Guersant, que l'on peut voir parfois des adhérences se produire à la suite d'ulcérations intestinales chez les phthisiques et que ces adhérences peuvent donner lieu à des accidents consécutifs mortels.

Diagnostic différentiel. — Ce que nous avons dit jusqu'ici nous permet de bien établir le diagnostic différentiel. On trouve des ulcères de la muqueuse intestinale dans bien des circonstances : dans la fièvre typhoïde, l'entérite, la dysenterie, le choléra, la syphilis. Il existe la plus grande analogie entre les ulcères typhoïdes et scrofuleux, ayant pour symptôme important une inflammation chronique des mêmes glandes. — Nous avons déjà vu Billard faire de la fièvre typhoïde une inflammation aiguë des glandes mucipares. — Chomel et Forget ont bien étudié le diagnostic différentiel des

lésions qu nous occupent. « Les éruptions typhoïdes, dit Forget, sont plus petites, plus confluentes, que les éruptions des phthisiques. La muqueuse participe fréquemment aux inflammations phthisiques, mais non aux inflammations typhoïdes. Les plaques sont inégales et comme déchiquetées. »

Rindfleisch a confirmé cette donnée : il a vu les ulcérations scrofuleuses gagner la muqueuse, ordinairement dans le sens transversal, tandis que les ulcérations typhoïdes ne dépassent jamais les follicules clos dont elles affectent la forme.

Dans l'entérite, on voit assez rarement l'ulcération de l'intestin grêle, si ce n'est dans les cas intenses et dans le choléra. Bouillaud et Cruveilhier ont décrit les ulcérations consécutives à l'entérite. Il y a eu toujours une prolifération de tissu conjonctif, antérieure à l'ulcération des follicules. Déjà cette distinction avait été faite par Billard, par Legendre. Ce dernier rapporte précisément une observation de lésion périglandulaire chez un enfant mort de diarrhée chronique. En lisant l'observation complète, on voit que l'on est en présence d'un cas d'athrepsie. Dans cette affection, M. Parrot n'a rencontré qu'un seul cas d'inflammation, terminée par ulcération, paraissant se rattacher aux follicules.

Les ulcères de l'entérite siègent plutôt dans le gros intestin, surtout vers l'S iliaque; dans les cas intenses, l'ulcération peut occuper tout le gros intestin. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet bien étudié par MM. Charcot, Cornil et Ranvier, Kelsch.

Les ulcérations syphilitiques de l'intestin sont assez rares. — Cullerier, Eberth et Klebs en rapportent quelques cas — Elles siègent surtout dans le gros intestin, amènent des rétrécissements.

On observe aussi dans l'intestin, des ulcères urémiques, décrits par Treitz et par Luton. L'urée sécrétée à la surface de

la muqueuse se décomposerait en carbonate d'ammoniaque, qui produirait une irritation pouvant conduire à l'ulcération.

D. — GROS INTESTIN.

Les ulcérations du gros intestin ne sont pas rares chez les scrofuleux et les phthisiques. D'après Louis, ces ulcérations seraient presque aussi fréquentes que celles de l'intestin grêle. Elles siègent surtout au niveau ou dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, contrairement aux ulcérations de l'entérite qui siègent de préférence vers l'S iliaque. C'est avec raison que Louis insiste beaucoup sur ce fait qu'un grand nombre de ces ulcérations étaient indépendantes de l'inflammation et des granulations tuberculeuses. En effet, Rilliet et Barthez ont trouvé 15 cas d'ulcères avec tubercules, et 41 cas d'ulcères sans tubercules. Nous n'avons pas à insister sur l'anatomie pathologique ou le diagnostic différentiel après ce que nous avons dit plus haut. En dehors de la dysentérie et de l'entérite, ces ulcérations sont assez rares dans les affections chroniques : Louis n'en a trouvé que 3 cas sur 96 observations.

§ III.— *Scrofulides de la muqueuse laryngo-bronchique.*

Les catarrhes laryngo-bronchiques ne sont pas rares chez les scrofuleux et tous les auteurs depuis M. Bazin insistent d'une façon toute particulière sur leur gravité, leur tenacité, les altérations profondes dont ils sont le point de départ.

Cependant, pour les raisons que nous avons exposées déjà, les observations positives nous font absolument défaut. Nous devons donc nous borner à les étudier dans leurs rapports avec les affections plus graves du parenchyme pulmonaire.

Quant aux scrofulides graves, l'incertitude est encore beaucoup plus grande. Nous avons insisté plusieurs fois déjà sur ce fait que les scrofulides graves de la gorge n'envahissent presque jamais le larynx.

Rougeur, tuméfaction, épaissement de la muqueuse, déplacement cicatriciel des organes, là se limitent d'ordinaire les lésions, même dans les cas de Turck cités dans la thèse de M. Homolle.

Si nous voulons trouver des scrofulides graves des bronches, nous devons donc nous borner à rechercher dans les observations de phthisie ce qui paraît appartenir à la *Scrofule*. Beaucoup d'observations sont prises d'après les vues de Laennec, phthisie et tubercule étant absolument synonymes; mais si l'on compare la fréquence du tubercule et de la pneumonie chronique, comme cause de la phthisie, si l'on tient compte de la forte proportion des affections que Graves appelle des phthisies scrofuleuses, on doit se demander si les lésions observées n'appartiennent pas à la scrofulose.

Nous devons d'ailleurs faire ici les mêmes réserves que celles qui ont été faites à propos de la muqueuse intestinale et distinguer les ulcérations nées sur des granulations tuberculeuses, des ulcérations à processus « *scrofuleux* », selon l'expression de Rindfleisch, ulcérations folliculaires ou du moins ulcérations d'origine glandulaire. Nous insisterons surtout sur la pathogénie, les signes fonctionnels n'offrant rien de spécial.

LARYNX.

Louis a décrit les ulcérations laryngées de la phthisie et les a trouvées dans les quatre cinquièmes des cas : ces ulcérations sont petites et faites comme à l'emporte-pièce, situées assez

profondément, ce qui ne doit pas surprendre si l'on se rappelle que les glandes de l'arbre aérien sont situées sous la muqueuse. Ces ulcères siègent particulièrement, dit Louis, au point de réunion des cordes vocales.

Ces lésions pourraient être à la rigueur attribuées à la scrofule. Rindfleisch admet bien, avec Virchow, l'origine tuberculeuse proprement dite, mais il reconnaît surtout la forme scrofuleuse de l'inflammation. Ces ulcérations n'appartiennent pas absolument à la scrofule. On peut les remarquer dans les laryngites chroniques.

Diagnostic différentiel.— La fièvre typhoïde produit aussi des ulcérations «taillées à pic, remplies habituellement d'un détritit caséux, qui ont, selon toute probabilité, pour origine une néo-formation typhoïde siégeant dans le follicule glandulaire.» (Cornil et Ranvier).

La variole, la syphilis, la morve peuvent donner lieu à de petites ulcérations; mais les ulcérations de la variole et de la syphilis naissent dans la muqueuse; et Kelsch (Archives de Physiologie) a fait voir que ces ulcères étaient consécutifs à de petits abcès sous-muqueux.

TRACHÉE-ARTÈRE ET BRONCHES.

Les ulcérations de la muqueuse trachéo-bronchique sont d'autant plus fréquentes qu'on se rapproche davantage des petites bronches. D'après Louis, cette loi est générale pour l'arbre aérien. D'après cet observateur, le tiers des sujets atteints de phthisie présentaient des ulcérations; les hommes y paraissent moins sujets que les femmes.

D'après Louis, ces ulcérations sont d'autant plus nombreuses qu'on s'approche plus des bronches capillaires; de plus,

elles n'apparaissent que sur les bronches qui se rendent au tissu soumis au processus tuberculeux. Cet observateur explique la production de ces ulcérations par l'irritation produite par le contact de la sécrétion; mais de l'avis même de cet auteur, on ne saurait admettre cette pathogénie, puisque ces ulcérations n'apparaissent pas dans les grandes inflammations, dans la gangrène du poumon. Pour Louis, les tubercules ne se développent pas dans les voies trachéo-bronchiques et il s'élève vigoureusement contre l'opinion contraire d'Andral. Cette opinion est trop absolue peut-être, mais on peut se demander si dans certains cas, ces ulcérations ne sont pas dues à un processus *scrofuleux*, pour employer l'expression de Rindfleisch.

Sur 500 sujets non tuberculeux emportés par des maladies chroniques, Louis n'a trouvé aucun cas d'ulcération de la trachée. Partageant les vues de Valleix, il s'élève contre les idées de Trousseau et Belloc dont il discute les observations.

Cependant on trouve parfois des ulcérations dans les bronchites chroniques et l'opinion de Louis est trop absolue. Les bronchites chroniques accompagnées d'ulcères des bronches, ne sont-elles pas d'origine scrofuleuse ?

Dans la bronchite capillaire, les ulcérations sont très-rares; il est vrai que cette maladie est rare chez les scrofuleux qui ont souvent des bronchites chroniques d'emblée.

M. Fauvel rapporte un cas d'ulcération bronchique, dans une bronchite capillaire aiguë; mais le malade avait eu une fièvre éruptive, ce qui enlève à l'observation sa valeur au point de vue qui nous occupe.

Les lésions anatomiques que nous venons de décrire peuvent accompagner le catarrhe scrofuleux.

Moins absolus que Rilliet et Barthéz qui voulaient retrancher de la nosologie la scrofule pour la remplacer par le tubercule,

les auteurs contemporains reconnaissent volontiers avec Graves « l'inflammation scrofuleuse du poumon dans lequel il n'existe pas un seul tubercule. L'inflammation scrofuleuse de la muqueuse bronchique est une troisième espèce de modalité morbide à laquelle peut donner lieu l'état constitutionnel. » (Graves clin. méd., trad. Jaccoud). « Le catarrhe se distingue des autres affections analogues en partie par sa ténacité et sa tendance aux récidives, en partie par un engorgement *scrofuleux* constant des glandes lymphatiques retrc-bronchiques. » (Rindfleisch page 404).

La lenteur des processus scrofuleux a frappé tous les observateurs. Bazin, Milcent avant lui, insistent précisément sur la lenteur des phthisies scrofuleuses. Cette atonie est caractéristique, suivant eux, de la diathèse. Hérard et Cornil repoussent cette distinction en ce qui concerne la phthisie. Mais, sans vouloir examiner ici la question, nous dirons que, de l'avis de tous, la chronicité est le caractère dominant du catarrhe scrofuleux. Les complications possibles sont nombreuses et fort graves.

D'abord, le catarrhe scrofuleux, même sans ulcération, n'est qu'une phase anatomique qui amène souvent, ainsi que nous l'avons dit, l'engorgement scrofuleux des glandes bronchiques. Les produits de sécrétion étant très-riches en cellules, peuvent parfois amener l'oblitération des bronches avec dilatation bronchique compensatrice.

On peut remarquer quelquefois la calcification des produits excrétés.

Enfin, l'ulcération peut se continuer sur toute la muqueuse bronchique et arriver à la perforation; mais ces ulcérations conduisent toujours à une portion du parenchyme pulmonaire oblitéré.

Mais l'ulcération scrofuleuse des bronches une fois constituée, amène-t-elle par elle-même le développement de la diathèse tuberculeuse? y a-t-il une phthisie scrofuleuse proprement dite, sans granulations? C'est une question que nous n'avons pas à résoudre et qui nous amènerait immédiatement à l'étude des manifestations viscérales de la scrofulose.

CONCLUSIONS

En raison de l'obscurité qui règne encore sur certains points de la pathogénie des scrofulides des muqueuses, il est difficile d'arriver à des conclusions absolues.

Sous cette réserve, nous croyons pourtant avoir démontré les faits suivants :

1^o Les muqueuses que leur organisation rapproche de la peau, c'est à dire celles qui sont accessibles à la vue, peuvent être le siège des différentes formes de scrofulides décrites par M. Bazin.

2^o Les scrofulides malignes de ces muqueuses ne sont pas caractérisées par des lésions microscopiques bien définies jusqu'ici. Le tubercule du lupus, ne serait-il qu'une forme de tubercule miliaire dont l'aspect varierait avec le changement de terrain? Nous ne le pensons pas. — Pourquoi verrait-on la muqueuse de la langue si rarement envahie par le lupus et si fréquemment par le tubercule?

3^o Les scrofulides des muqueuses profondes sont moins bien connues, bien que tous les auteurs parlent de catarrhes scrofuleux ; il n'y a pas, à cet égard, d'observations régulières et suivies. Il est probable que cela tient à l'impossibilité d'observer des lésions inaccessibles à nos moyens d'exploration.

4° Il est possible qu'il n'existe pas de scrofulides éruptives des muqueuses profondes, car les ulcérations intestinales observées chez les scrofuleux semblent devoir être attribuées le plus souvent à la tuberculose. Cependant nous pensons qu'il serait utile d'étudier d'une manière spéciale les rapports de ces lésions avec la scrofulose.

5° S'il était démontré que la lésion qui constitue la scrofule est la même que l'ulcération tuberculeuse commune, il serait difficile de ne pas conclure à l'identité des deux affections. Nous pensons que, dans l'état actuel de la science, la scrofulose doit être maintenue tout entière et que la tuberculose n'est qu'une suite ou une complication de cette affection.

TROISIÈME PARTIE

THE ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

§ I. — *Scrofulides de la conjonctive.*

OBS. I. — Recueillie à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. de Saint Germain. — Scrofulide papuleuse de la conjonctive.

Arthur Isidore, âgé de huit ans, présente tous les caractères extérieurs d'un scrofuleux. Son crâne n'est pas régulièrement conformé; son nez, aplati à la racine, présente des ailes très développées. La lèvre supérieure est grosse, comme engorgée. Tous ses tissus sont mous,

Cet enfant est atteint depuis six mois d'un écoulement par les fosses nasales et d'impetigo du cuir chevelu. Il porte actuellement sur les côtés du cou de nombreux ganglions engorgés.

Il y a trois mois, il a été amené à la consultation pour une blépharite qui a persisté deux mois. Depuis quinze jours, une ophthalmie double s'est développée et a déterminé son admission dans le service (15 mars).

A l'entrée, on constate du larmolement et une photophobie intense. Il est très-difficile de lui entrouvrir les paupières. - Du côté de l'œil droit existe une papule sur le bord de la cornée. Cette papule occupe le sommet d'un triangle vasculaire, dont la base se dirige vers l'angle extérieur de l'œil.

A gauche, on trouve sur la cornée deux ulcérations en cupules peu profondes, réunies par un mince pinceau de vaisseaux (kératite ponctuée). La conjonctive oculaire est rouge, un peu tuméfiée.

Collyre à l'atropine. — Compresses chaudes sur l'œil gauche. — On touche la papule de l'œil droit avec le crayon au sulfate de cuivre.

1^{er} avril. Amélioration notable. La papule a disparu du côté droit et les vaisseaux s'effacent. A gauche, les ulcérations persistent, mais sont moins profondes. La conjonctive présente la même injection.

Obs. II. — Thèse de Dumesnil.

Henri Hulmann, demeurant rue d'Anjou-Dauphine, n° 2, âgé de vingt-six mois, d'un tempérament lymphatique, a été apporté à la consultation publique de M. Sichel, le 7 juin 1833. L'œil gauche présente à son angle externe une rougeur diffuse dans la conjonctive; des faisceaux de vaisseaux se dirigent de l'extérieur vers la cornée, où ils semblent devenir plus volumineux et plus variqueux; leur couleur est d'un rouge légèrement brunâtre: il n'y a ni photophobie, ni larmolement, seulement on remarque un léger *blépharospasme* lorsqu'on veut maintenir les paupières quelque temps ouvertes.

Au point de réunion de la sclérotique avec la cornée, là où les vaisseaux semblent se terminer ou se réunir, existe une pustule aplatie, blanchâtre.

Prescription : Purger l'enfant avec un mélange égal de sirop de fleurs de pêcher et de sirop de rhubarbe, en lui en donnant deux cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

Faire des frictions trois fois par jour au-dessus du sourcil gauche, avec le volume d'une noisette de la pommade d'onguent napolitain. Régime maigre.

Le 13, l'enfant est ramené, présentant une seconde pustule, plus petite que la première. aplatie comme elle, et située presque immédiatement au-dessus. Continuation de la même prescription.

1^{er} août, disparition complète de l'ulcération; on ne voit plus que quelques vaisseaux sinueux, ramper çà et là sur la conjonctive oculaire; quelques glandes cervicales ont reparu.

Le 8, l'enfant ne revenant pas à la consultation, je me suis transporté à son domicile, où j'ai appris que la mère, ayant jugé à propos de lui faire appliquer un vésicatoire au bras, sans ordre de médecin, n'avait pas osé revenir. Du reste, l'ophtalmie avait entièrement disparu.

Obs. III. — Ophthalmie scrofuleuse. — Double kéraïte. — Staphylome de la cornée du côté gauche, — Tâche sur la cornée droite. (M. Louis Fournier.)

Thabouillot, Lucien, âgé de douze ans, entré le 12 mars 1852, couché au n^o 82 du pavillon Saint-Mathieu.

Le malade ne peut donner aucun renseignement sur sa famille.

Il n'a, dit-il, jamais eu de croûtes dans la tête. Il y a un mois, il vit apparaître à la lèvre supérieure et aux narines de petits boutons qui se sont ulcérés et recouverts de croûtes jaunâtres; ces croûtes existent encore aujourd'hui et se propagent jusque dans la cavité des narines, qu'elles obstruent presque complètement; la lèvre supérieure elle-même est rouge, impétigineuse. L'affection oculaire qui l'amène à l'hôpital date de sa première enfance; à l'âge de deux ans, il fut pris d'une blépharite que l'on qualifia, nous dit-il, de glandulo-ciliaire et qui dura fort longtemps. Vers sa onzième année, ses paupières se tuméfièrent considérablement, et il entra à l'hôpital des Enfants malades. Là, fut institué un traitement anti-scrofuleux par l'huile de foie de morue, en même temps qu'on lui fit des instillations d'un collyre au nitrate d'argent. Son affection commençait à disparaître, quand il fut atteint, huit jours après son entrée, d'une ophtalmie purulente, qui régnait alors épidémiquement dans les salles. La plupart des altérations que nous allons mentionner tout-à-l'heure sont consécutives à cette ophtalmie pour laquelle on dut prolonger, pendant sept mois, son séjour à l'hôpital des Enfants malades.

Etat actuel. — Le bord libre des paupières présente les traces d'une blépharite ciliaire, il est rouge, recouvert çà et là de croûtes jaunâtres et presque entièrement dépourvu de cils.

La cornée du côté gauche a la forme d'un cône tronqué obliquement dirigé en bas et en dehors, opaque et d'un blanc laiteux ; son sommet, qui s'avance entre les bords libres des deux paupières, offre une légère cicatrice ; la vision est à peu près abolie de ce côté ; la conjonctive est encore rouge et injectée, surtout à la partie supérieure.

Sur la cornée gauche, on distingue en dedans et empiétant un peu sur la partie interne du champ de la pupille, une tâche ronde, d'un blanc laiteux ; dans le reste de son étendue, cette cornée offre une teinte légèrement blanchâtre ; mais elle n'a subi aucune déformation appréciable, et les rayons paraissent la traverser en quantité suffisante pour l'exercice de la vision ; l'iris est normal, la conjonctive oculaire est saine.

On ordonne de la tisane de houblon, du sirop d'iodure de fer et un collyre au nitrate d'argent.

Le 16 avril, le malade sort de l'hôpital ; il y a moins de rougeur, l'amélioration est des plus notables ; mais, comme bien l'on pense, le staphylome et les tâches cornéales n'ont subi aucune modification.

Obs. IV. — Ophthalmie scrofuleuse double, précédée et accompagnée de scrofule ganglionnaire cervicale.

Lemaire, 13 ans, entré le 30 mars 1856, pavillon St-Mathieu, N° 88.

Antécédents de famille. — Père mort jeune de maladie inconnue, mère forte et bien portante, deux sœurs, une de dix-neuf ans bien portante, une de sept ans chétive.

Antécédents du sujet. — Ni gourmes, ni teigne, ni otorrhée. Sa scrofule a débuté par un engorgement ganglionnaire cervical qui

a laissé des cicatrices à droite et est resté induré à gauche. L'ophtalmie est survenue consécutivement il y a quatre ans et a résisté au traitement de plusieurs oculistes.

Etat actuel. — L'œil droit est affecté de conjonctivite palpébrale et oculaire, avec rougeur et vascularisation anormales; la cornée a perdu sa transparence; elle présente quelques petites ulcérations et des taies qui obscurcissent le champ de la pupille; les cils sont agglutinés par du pus; photophobie très-vive; le seul écartement des paupières suffit pour provoquer un écoulement de larmes abondant. Cet œil distingue le jour de la nuit, mais ne reconnaît pas les objets. L'œil gauche est très-mal aussi, conjonctivite intense, mais la cornée n'a pas perdu toute sa transparence; elle est le siège d'une petite taie; la vision existe, affaiblie et courte. Les deux yeux sont douloureux, de temps à autre seulement.

Au-dessous du nez, rougeur provoquée par un écoulement nasal; au cou engorgement ganglionnaire à gauche, cicatrice à droite.

Rien ailleurs. Tempérament éminemment lymphatique, teint blanc, bouffissure, taille fine, peu développée pour son âge, membres grêles, jambes déviées.

Traitement. — Vésicatoires derrière l'oreille, collyre au borax, huile de morue, sirop d'iodure de fer, puis calomel à dose faible, chlorhydrate de baryte, de 20 à 50 centigrammes; alcoolature de ciguë, 4 grammes par jour.

Le malade suit ce traitement pendant un an et sort le 16 mai. Amélioration; guérison non encore complète.

Voir de plus l'observation N° XXXIX dans Bazin, l'observation I de la thèse de Dumesnil (1833), et Th. Fougère, Obs XIV, 1867,

§ II. — *Scrofulides de la pituitaire.*

Obs V. — Coryza chronique humide. — Ozène. — Scrofule. — Traitement par les irrigations continues et huile de foie morue à l'intérieur. — Guérison au bout de deux mois. (Thèse de M. d'Azembuja).

15 juillet 1871. Garçon de 13 ans. A eu dans son enfance des gourmes et des engorgements ganglionnaires; les ganglions sous-maxillaires sont encore engorgés, pas d'ophtalmies, ni d'otites; il a toujours été sujet aux coryzas; depuis six mois surtout il a été presque constamment enchifrené. La fétidité ne date que de deux mois; elle est surtout prononcée le matin; cette fétidité est assez prononcée.

Etat local. — La pituitaire est rouge et gonflée; cependant les fosses nasales sont perméables, et le cornet inférieur ne va pas jusqu'au contact de sa cloison. — Prescription : continuer l'usage de l'huile de foie de morue à l'intérieur, deux cuillerées à bouche par jour; irrigations, deux fois par jour, avec la solution de tannin au 1/1000.

Le 22, amélioration; la fétidité n'existe plus que le matin; l'écoulement nasal a diminué; le malade respire assez facilement par le nez. A l'exploration, les deux fosses nasales sont plus libres; la muqueuse, aussi rouge, est moins gonflée; on aperçoit sur plusieurs points de la paroi externe des stries de mucus; on fait, séance tenante, une irrigation avec de l'eau légèrement salée; impossible d'apercevoir la moindre ulcération.

Le 29, l'amélioration continue; il n'y a plus de fétidité; la muqueuse, toujours rouge, est très-peu gonflée, et l'on peut bien voir les diverses parties des fosses nasales. Pas d'ulcérations. Continuer le traitement.

Le malade a continué à venir à la consultation jusqu'au 12 septembre. A cette époque, la muqueuse était à peu près revenue à l'état normal. On lui conseilla de faire encore de temps en temps une irrigation et de reprendre l'usage de l'huile de foie de morue à l'intérieur. Cet usage avait dû être suspendu à cause de la diarrhée.

Le malade devait revenir s'il éprouvait quelque accident; il n'est plus reparu.

OBS. VI. — Coryza chronique humide sans ulcérations. — Ozène. — Scrofule. — Surdité. — Traitement par les irrigations et l'huile de foie de morue à l'intérieur. Guérison. (Thèse de M. d'Azembuja).

Petite fille de 11 ans, lymphatique, n'ayant eu d'autres manifestations de la scrofule que des éruptions répétées de la face interne des narines et un léger engorgement des ganglions sous-maxillaires. Depuis fort longtemps elle est à chaque instant enchifren e. Depuis trois mois seulement, sa mère s'est aperçue qu'elle devenait punaise. Un médecin consulté a ordonné des fumigations et des injections dans le nez. Les injections ont été faites à la seringue; il n'y a pas eu d'amélioration; l'enfant mouche quelques croûtes le matin; c'est à ce moment surtout que l'haleine devenait fétide.

Le 13, nous trouvons, avec M. Foix, interne du service, à l'examen local, les narines très-épaissies, aplaties, à la face interne quelques ulcérations très-peu étendues, recouvertes de croûtes minces; l'isthme nasal est manifestement rétréci; le spéculum nasi, introduit avec peine, ne peut pas être ouvert. On ne pousse pas plus loin l'examen. Du côté de l'oreille, les deux membranes du tympan sont manifestement excavées, sans doute par obstruction de l'orifice pharyngien de la trompe et résorption consécutive de l'air contenu dans la caisse. — Prescription: Irrigations avec la solution de tannin au 1/1000, 2 grammes de chlorate de potasse par jour à l'intérieur, sirop anti-scorbutique; l'enfant a une répugnance invincible pour l'huile de foie de morue. Onctions sur les narines avec la pommade suivante: turbith minéral, 2 gr.; axonge, 30 gr.; laver fréquemment les narines avec de l'eau tiède.

Le 20, la face interne de la narine ne présente plus d'exulcérations; les narines sont plus souples; le spéculum est introduit sans difficulté, mais la dilatation de l'instrument cause un peu de douleur; la pituitaire est rouge et gonflée; quelques bouchons de mucus; on n'aperçoit pas d'ulcérations. Au dire de la mère, la f ticit  a

diminué; elle est cependant encore assez prononcée. — Même traitement.

Le 27, amélioration notable; pas de fétidité. L'ouïe est revenue à l'état normal.

2 octobre. Il n'y a plus de fétidité; l'exploration est assez facile, et l'on n'aperçoit pas trace d'ulcérations. Comme la petite malade était de Boulogne, on juge inutile de la faire revenir; seulement elle doit continuer le traitement jusqu'à disparition complète du coryza.

N. B. — La mère a été revue en novembre; la petite malade était complètement guérie.

Obs. VII. — Lupus des fosses nasales (recueillie par M. Simon Duplay dans son service de l'hôpital Saint-Antoine).

F..., Léon, 27 ans, menuisier (salle Saint-Barnabé, n° 60) entré à l'hôpital en janvier 1875, pas d'antécédents syphilitiques. Le malade eut à dix mois la petite vérole et perdit l'œil droit à la suite d'une complication; à neuf ans il fut atteint sur les deux jambes d'une affection eczémateuse, suivie d'une éruption sans caractère bien net, paraissant avoir été crustacée et ulcéreuse, ayant duré très longtemps et ayant cédé à un traitement local par le sublimé. Dans son enfance, il a eu des gourmes. Actuellement on ne constate pas de gros ganglions dans la région cervicale. On en sent cependant quelques-uns, mais en réalité peu volumineux. Engorgements chroniques dans les aînes.

Pas d'affection thoracique antérieure. Erysipèle il y a dix ans. Son père et sa mère sont vigoureux et bien portants. Un de ses frères est soldat du train des équipages et bien constitué. Aucun des membres de sa famille n'a d'affections scrofuleuses.

Il y a sept ans environ, le malade eut à plusieurs reprises des épistaxis abondantes sans aucune gêne respiratoire et sans accidents du côté du pharynx.

Depuis trois ans et demi, la respiration nasale est très gênée, le malade respire par la bouche. A cette époque, il fut pris d'un gonflement ganglionnaire qu'il évalue à la grosseur du poing. Les ganglions atteints étaient situés des deux côtés dans la région cervicale, il en eut aussi dans l'aîne. M. Péan, dans le service duquel il se trouvait alors, voulut les inciser, le malade s'y refusa.

M. Péan pratiqua une opération sur la narine gauche en 1871. Il enleva une masse charnue assez volumineuse. Les glandes diminuèrent très rapidement à la suite de cette excision.

Une seconde opération fut pratiquée quinze mois plus tard sur la narine droite et enleva une seconde masse charnue beaucoup moins grosse. Les ganglions étaient revenus du côté droit seulement; ils disparurent comme les premiers.

L'an dernier, M. Auger fit une petite opération du côté droit et extirpa une petite masse de même nature que les précédentes. Depuis lors, le malade respire assez bien; il n'a eu, depuis, ni douleur, ni épistaxis. Il a un écoulement nasal jaunâtre, assez abondant adhérent, épais, sans croûtes épaisses, cet écoulement n'est pas fétide.

Examen local. — Le nez n'est nullement déformé à l'extérieur; la cloison est très épaisse, comme on le constate par la palpation.

Narine droite. — L'examen au rhinoscope ne révèle aucune lésion sur la paroi latérale. Les lésions sont bornées à la cloison. La muqueuse est hypertrophiée et oblitère presque complètement cette narine. Elle est le siège d'une ulcération sans limites formée par des bourgeons charnus, inégaux de volume, dont beaucoup sont gros comme des grains de chenevis et quelques uns un peu plus gros, de telle sorte que l'ulcère paraît exubérant, irrégulier et déchiqueté. Les cornets ne peuvent être aperçus à cause du gonflement, toutefois dans leur partie antérieure, qui est accessible à l'examen, ils ne présentent pas de lésions.

Narine gauche. — Mêmes lésions de la cloison que du côté droit. Les bourgeons charnus sont moins exubérants, ce qui permet de constater que le mal s'est étendu sur les cornets inférieur et moyen. Une de ces productions sort du méat moyen. On constate que la muqueuse saigne très facilement par la simple introduction de l'instrument.

Depuis deux mois, le malade est enroué. Il était chanteur et n'avait jamais eu d'affection du larynx. La voix est nasonnée. La laryngoscopie est difficile à pratiquer à cause de la sensibilité du larynx. La partie de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx qui a pu être vue offre quelques éminences mamelonnées plus rare que dans les narines. L'exploration et les efforts du malade occasionnent une expectoration sanguinolente.

Comme troubles fonctionnels, la narine gauche ne perçoit aucune odeur. La droite n'a conservé qu'une faible perception. L'essai a été fait avec des substances fortement odorantes. (Chloroforme, acide phénique, etc.)

Huile de foie de morue, iodure de potassium, irrigations nasales, avec l'eau salée.

Voir de plus :

1° Dans la thèse de M. d'Azambuja, les obs. III, VII, VIII.

2° Dans la thèse de M. Mainel, l'observation I et une autre de M. Bazin (loc. cit.)

§ III. — *Scrofulide grave de la muqueuse bucco-pharyngienne.*

OBS. VIII. — Michel Deberlias, 17 ans, relieur, entré le 27 mars 1878 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lallier (recueilli par M. Barth, interne de service.)

Ce jeune garçon est d'une constitution assez chétive, il a eu dans son enfance divers accidents de nature scrofuleuse : engorgements cervicaux, croûtes d'impétigo dans les cheveux, etc.

Il ne présente pas d'antécédents héréditaires dignes d'être rapportés.

Vers l'âge de dix ans, sans cause connue, il a vu se développer à l'extrémité de son nez plusieurs boutons durs qui ont progressivement augmenté de volume, se sont ulcérés et couverts de croûtes. Bientôt d'autres boutons analogues ont paru aux environs et ont formé en se réunissant, une large plaque rouge et dure et recouvrant toute la moitié inférieure du nez, qui s'est déformé peu à peu. Une éruption de même nature s'est montrée sur la joue gauche et s'est ulcérée à son tour.

Le malade n'a éprouvé aucune douleur, à peine quelques démangeaisons au niveau des croûtes.

Soigné à l'hôpital des enfants en 1872, il a été envoyé à Forges-les-Bains, où il a passé deux ans et quatre mois. Il en est sorti à peu près guéri; aux ulcérations avaient succédé des cicatrices blanchâtres; le nez seulement restait déformé, aminci et les narines fortement rétractées.

Six mois à peine s'étaient écoulés après son départ de Forges, que le mal avait reparu avec une intensité nouvelle: de nouveaux tubercules se sont formés sur les cicatrices et ont reproduit des ulcérations étendues. Depuis lors celles-ci n'ont pas cessé de s'étendre: il y a trois mois environ une nouvelle plaque érythémateuse isolée s'est montrée sur la joue droite, s'est ulcérée rapidement et couverte de croûtes.

La santé générale est restée bonne; le malade ne tousse pas; il n'a jamais éprouvé aucun mal de gorge, ni même la moindre douleur en avalant.

Etat actuel. — Toute la surface du nez, depuis la racine jusqu'à la sous cloison est occupée par un lupus ulcéreux symétrique qui s'étend de chaque côté au-delà des sillons naso-géniens. Le lobule du nez, aminci, rétracté en bas, présente une apparence cicatricielle; les bords libres des narines et la sous-cloison ont subi une notable perte de substance: leur surface est ulcérée, croûteuse et saigne

facilement; les parties supérieures du nez présentent un aspect érythémateux, lisse et desquamant avec rapidité.

La lèvre supérieure, rétractée par le tissu cicatriciel de la sous-cloison, constitue un bourrelet informe; elle laisse à découvert les dents, qui ne sont pas altérées.

En outre, deux plaques arrondies, isolées, de 2 cm. de diamètre environ, sont disposées symétriquement au-dessous des pommettes, et recouvertes de croûtes épaisses, noirâtres et adhérentes; de petits tubercules se voient en plusieurs points à la périphérie de ces plaques

Si on examine la gorge, on reconnaît que la paroi postérieure du pharynx, dans toute l'étendue accessible à l'exploration, est occupée par une dégénérescence de même nature que celle de la peau; la surface granuleuse végétante est formée par de gros bourgeons charnus qui saignent au moindre contact; elle est tapissée d'un exsudat muco-purulent épais, facile à détacher au moyen du pinceau.

Le malade, comme on l'a déjà dit, n'éprouve aucun trouble fonctionnel, sauf un léger nasonnement; il ne se doute même pas de l'existence d'une ulcération quelconque dans sa gorge.

La santé générale est satisfaisante.

Le lupus de la face est traité par des applications quotidiennes de pommade à l'iodhydrargyrate de potassium à 1/100.

Sur le pharynx, M. Lailler pratique de temps en temps un attouchement au pinceau trempé dans une solution saturée de chlorure de zinc.

Obs. IX (thèse Homolle). — Lupus. — Scrofulide tuberculo-ulcéreuse de la face. Lésion des lèvres, de la gorge et de la langue.

Geisel (Charles), 27 ans, mécanicien, Saint-Léon 56 (service de M. le Docteur E. Besnier). Entré le 27 avril 1874.

Homme grand, de constitution moyenne, ayant eu dans l'enfance des gourmes, des glandes au cou, des ophthalmies; plus tard, deux blennorrhagies, mais aucun accident de syphilis.

A l'âge de 13 ans, débuta sans cause connue, sans traumatisme, une tuméfaction du lobule du nez avec rougeur, sans ulcération ni croûte au début; plus tard, et peu à peu, la lésion s'étendit en surface, et, depuis cinq ans, la portion cartilagineuse du nez est détruite. Il existait déjà depuis un temps que le malade ne peut préciser, avant que le nez commençât à rougir, un écoulement nasal que G... compare à un rhume de cerveau prolongé, sans jetage purulent, sans croûtes (lupus primitif de la pituitaire ?)

La lésion fit des progrès fort lents avec des périodes d'aggravation vers le printemps et l'automne de chaque année, tandis que l'été et l'hiver, il y avait une amélioration relative.

Il y a trois mois, la lèvre supérieure s'excoria dans sa portion muqueuse, mais la lésion fit peu de progrès. Depuis trois semaines, au contraire, sous l'influence d'excès alcooliques, l'affection a marché plus rapidement, et en même temps, le nez, qui était cicatrisé, s'est ulcéré de nouveau.

Actuellement, toute la partie moyenne de la face, le nez, une partie des joues, la lèvre supérieure et la région voisine des commissures labiales sont le siège de la scrofulide. La lèvre inférieure ne présente d'altération de la muqueuse que dans sa moitié droite.

Des lésions importantes existent à la voûte et au voile du palais, à l'isthme du gosier, enfin sur la langue.

La lèvre supérieure, projetée en avant, a un aspect lisse, une coloration un peu livide. Toute la portion muqueuse est ulcérée; elle présente au niveau des commissures, surtout à gauche, des éminences tuberculeuses à surface mamelonnée, mûriforme, d'une teinte carminée avec un léger enduit laiteux.

La portion constamment exposée à l'air, plus sèche, est recouverte d'un enduit concrété, d'apparence gommeuse.

La moitié droite de la lèvre inférieure est tuméfiée; la muqueuse, lisse et douce au toucher, au lieu de présenter la coloration rouge pâle, carminée du côté opposé, a un ton plus vineux; elle est un peu boursoufflée inégalement, et, sur le fond rose violacé, se voient d'assez nombreux points pâles qui semblent correspondre à des

glandules, ne font aucune saillie et ne donnent aucune sensation de dureté sous le doigt.

La tuméfaction, avec état mamelonné granuleux se prolonge sur la muqueuse des joues jusqu'au voisinage des grosses molaires à gauche et un peu plus loin à droite.

Il est difficile d'apercevoir la muqueuse gingivale ; elle est rouge, violacée, fongueuse, avec déchaussements des dents et enduit purulent à leur sertissure.

Sur toute la voûte palatine, la muqueuse, d'une coloration presque normale, présente un état granuleux très prononcé, au voisinage des dents en particulier, elle est couverte de petites éminences mamelonnées, du volume d'un grain de chénevis à celui d'un petit pois, rouge pâle, avec une teinte laiteuse diffuse ; chacune d'elles est couverte de petites granulations secondaires, arrondies, miliaires. Au voisinage du voile, la muqueuse est plus égale. Le pilier postérieur du côté gauche, gros et court, se dirige assez brusquement en arrière et en dedans ; il va adhérer, après un court trajet, au fond du pharynx qu'il est difficile de découvrir derrière le voile, peu mobile et augmenté de volume dans toutes ses dimensions.

Quant aux piliers antérieurs, ils sont un peu mamelonnés et c'est par eux que les lésions du voile du palais semblent se relier à celles dont je vais parler maintenant.

Vers la base de la langue, à la limite des parties qu'il est possible de découvrir par l'examen de la simple vue, sont deux éminences tuberculeuses. L'une, antérieure, située au côté gauche de la ligne médiane, a le volume et la saillie d'un demi-pois, sa forme est assez régulièrement ovalaire, ses bords sont nets ; sa surface présente quelques saillies papillaires peu prononcées, sa coloration est plus pâle, plus jaunâtre, plus mat, que celle des parties voisines ; sa consistance est ferme. En arrière de ce tubercule en est un autre moins volumineux, mais de même apparence, entouré lui-même d'éminences moins distinctes qui se confondent avec les grosses papilles de la base.

L'épiglotte, déformée, montre le même gonflement de la muqueuse que les parties voisines. La même tuméfaction, avec apparence de fermeté s'observe sur les replis aryténo-épiglottiques dont la surface est légèrement mamelonnée, boursouflée.

Les cordes vocales supérieures paraissent, elles aussi, un peu épaissies.

A la région sus-hyoïdienne, du côté gauche, se trouvent quelques ganglions augmentés de volume.

L'épididyme gauche est le siège d'une induration consécutive à une orchite.

La santé générale est excellente ; il n'existe aucun signe physique, aucun symptôme fonctionnel de tuberculose.

La voix est tout à fait normale.

La déglutition se fait régulièrement.

Le voile du palais a perdu sa sensibilité réflexe ; on peut, avec l'abaisse langue, le froter sans déterminer des mouvements réflexes. Quant à la sensibilité factice, elle est très bien conservée.

Il n'y a aucune douleur spontanée.

Le goût, l'audition, n'ont subi aucun trouble.

Traitement général.—Huile de foie de morue ; sirop d'iodure de fer ; iodure de potassium, 1 gramme chaque jour.

Traitement local. — Pommade à l'onguent citrin, 0, 50 centig. pour 30 gr.

A la fin de juillet, après trois mois de séjour à l'hôpital, le malade est totalement amélioré : le gonflement de la face a beaucoup diminué ; la teinte violacée des téguments a fait place à une coloration plus rosée.

Trois ulcérations superficielles, à fond lisse, jaunâtre, d'apparence lardacée, se voient à droite et à gauche de la luette et sur le pilier antérieur gauche.

Obs. X. (Thèse d'Homolle). — Lupus à marche rapide (forme casiroïdale). — Début par la gorge et les fosses nasales. — Adhérence complète du voile du palais au fond du pharynx. — Ulcère à bords indurés, végétants, renversés en dehors. — Amélioration considérable par les applications d'iodoforme.

Bl... (L.), 19 ans, entrée le 31 janvier 1874, Saint-Thomas, 28, service de M. Vidal. (Notes prises le 28 avril, complétées avec l'observation recueillie par M. Percheron, interne de service.)

La malade est une jeune fille assez bien constituée en apparence, mais manifestement strumeuse. A 9 ans, elle eut une nécrose de l'un des tibias. A 15 ans, les ganglions du cou furent le siège d'un engorgement considérable, qui coïncidait avec l'apparition et les progrès d'une altération de la gorge.

A 18 ans, des fragments d'os de la voûte palatine et des fosses nasales s'éliminent par les pertes de substance de la voûte palatine. Le lupus envahit la lèvre supérieure. Une double tumeur lacrymale vient de se produire. C'est dans ces conditions que la malade entre pour la première fois dans le service de M. Vidal, en mai 1873.

Au mois de novembre, elle quitte l'hôpital, la lèvre supérieure un peu échancrée, mais cicatrisée.

En décembre survient un érysipèle de la face, et, durant la convalescence, l'ulcération se reproduit à la lèvre (19 janvier 1874).

A l'entrée de la malade, on constate tout d'abord une large perte de substance de la lèvre supérieure, qui est très épaisse et coupée obliquement d'avant en arrière; le fond de l'ulcère est jaunâtre, assez égal, les bords ne sont pas renversés, mais toute la surface est dure comme celle d'un chancre infectant; les gencives sont fongueuses; le voile du palais et les piliers forment des brides cicatricielles qui vont adhérer au fond du pharynx; le nez est déprimé.

La malade est immédiatement soumise à un traitement par l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium (2 gr. par jour); l'ulcération est cautérisée avec le caustique Filhos.

Lors de la chute de l'eschare (9 février), les bords de l'ulcération commencent à se déjeter en dehors.

Le 15, cette disposition est si accusée qu'elle simule le cancroïde ulcéré. Un fragment excisé des bords de l'ulcération est examiné au laboratoire de Collège de France ; il ne présente pas les caractères du cancroïde.

La surface végétante est cautérisée à plusieurs reprises avec le chlorate de potasse.

Quand j'examinai la malade, au mois d'avril, la région nasolabiale présentait une vaste perte de substance triangulaire qui, de la sous-cloison, s'étendait aux deux commissures labiales. Deux surfaces obliques en arrière et en dedans, couvertes de croûtes brunes, se dirigeaient vers le maxillaire supérieur fissuré à sa partie moyenne comme dans un bec de lièvre présentant cette disposition, appelée gueule-de-loup. Il semble que toute la portion du palais qui correspond aux os intermaxillaires ait disparu ; les quatre incisives sont tombées avec la portion du bord alvéolaire qui les supportait.

En arrière de cet antre ulcéreux séparé par un pont d'un centimètre environ, se voit une autre perte de substance, ovale, antéro-postérieure, de la voûte palatine

Toute la muqueuse du palais est pâle, sans teinte violacée, elle est couverte de mamelons granuleux peu saillants.

Au point où le voile du palais succède à la voûte, tout change ; toute la portion membraneuse qui correspond au voile est indiquée par une teinte rosée et un léger relief circonscrivant le contour déformé de l'isthme. A peine reconnaît-on un vestige de la lchette ; l'excavation amygdalienne est effacée et les tonsilles semblent avoir disparu ; il faut déprimer beaucoup la langue pour apercevoir, très-bas, une petite masse rosée qui paraît le débris de l'une d'elles,

Derrière la ligne sinueuse et le léger relief qui indiquent la forme du voile et de la lchette, se voit une lame fibroïde, sillonnée de quelques brides, qui se porte directement en arrière et va s'implanter en

quelque façon sur le fond du pharynx; toute communication des arrière-narines avec la gorge est ainsi complètement oblitérée.

La voix est très-nasonnée, la parole difficile à comprendre.

La déglutition se fait bien. L'ouïe est conservée.

Les douleurs, presque nulles au début, sont devenues plus vives à la suite de cautérisations répétées.

La santé générale est bonne; l'urine n'est pas albumineuse.

Pendant des mois, le traitement général restant le même, on fit des applications de caustiques divers, dans le but de réprimer la végétation exubérante des bords de l'ulcère, mais sans aucun succès.

Au mois de juillet, les topiques irritants ou escharrotiques sont remplacés par l'iodoforme et la cicatrisation se fait d'une manière progressive.

Obs. XI. — Angine syphilitique ou scrofuleuse ancienne; — ulcération de la carotide interne, par M. Landrieux, chef de clinique. (Bull. Sec. anat. 1874).

Cette pièce a été recueillie dans le service de clinique de M. Lasègue, sur un homme atteint d'angine pharyngée ulcéreuse depuis deux ans. Cette angine avait fini par amener l'hypertrophie et l'induration chroniques de toute la gorge et du larynx : les piliers de l'isthme du gosier étaient remplacés par deux excroissances charnues. Dans le cours de son affection, il était survenu aux jambes des tumeurs gommeuses, qui avaient cédé à l'emploi de l'iodure de potassium; mais la lésion pharyngée résista à tout traitement. Il y a huit jours, sans cause appréciable, il eut une hémoptysie très considérable; celle-ci se reproduisit deux jours plus tard, et amena la mort en quelques instants.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion gommeuse dans le foie, les reins et les autres viscères. Les gommages des membres ont disparu sans laisser de traces. Localement, il existe sur la gorge de l'angine hypertrophique, de la pharyngite chronique ulcéreuse avec périostite et érosions de la face antérieure des corps vertébraux.

Latéralement, on voit du côté gauche une ulcération linéaire, faisant communiquer le tronc de la carotide interne avec le pharynx. Cette fissure a été l'origine de l'hémoptysie foudroyante.

Voir de plus :

1^o Thèse de Lemaistre.

Observation V, catarrhe chronique simple naso-pharyngien.

Observation II, Angine scrofuleuse superficielle; coryza.

Observation III, angine scrofuleuse superficielle; ozène postérieur.

Observation III, Angine superficielle scrofuleuse; coryza sec; récurrences fréquentes.

2^o Thèse de Fougère.

Observation I, Ozène scrofuleux. — Destruction des cornets, du voile du palais et de l'épiglotte.

Observation IV, Scrofulide ulcéreuse du voile du palais (observation recueillie par M. Landrieux, interne de M. Lailler).

Observation XI, Nécrose du squelette du nez; ozène; angine scrofuleuse, mort, autopsie.

Observation XII (observation recueillie par MM. Bathery et Nottin, internes de M. Lailler).

3^o Thèse d'Homolle :

Observation III, scrofulide hypertrophique des membres inférieurs, lupus de la face, lésions multiples de la muqueuse bucco-pharyngienne;

Observation V, lupus tuberculeux et ulcéreux de la face;

Observation VI, lupus primitif des gencives, lupus secondaire du nez;

Observation VII, scrofulide tuberculeuse du nez, lupus des gencives et de la muqueuse palatine;

Observation VIII, lupus du nez, tuméfaction granuleuse de la muqueuse du voile du palais, éminences papulo-tuberculeuses du fond du pharynx, plaque laiteuse de la joue;

Observation X, lupus du voile du palais, adhérence du pilier postérieur gauche au fond du pharynx, ulcérations miliaires profondes ;

Observation XII, scrofulide tuberculo-ulcéreuse du voile du palais avec destruction de la luette et perforation à l'union du voile avec la voûte ;

Observation XIII, ulcération perforante de la voûte palatine, quelques traits du facies de la syphilis congénitale ;

Observation XIV, ulcération perforante de la voûte palatine, perte de la substance du voile du palais, cicatrices de scrofulides de la face, ensemble de signes attribués par Hutchinson à la syphilis héréditaire.

Observation XV, syphilide ulcéreuse anormale à forme du lupus exedens, dans le cours d'une syphilis grave chez un tuberculeux ; poussées successives avec production d'ulcérations miliaires multiples ;

Observation XXI, ulcération de nature incertaine, probablement scrofuluse, de l'excavation amygdalienne.

§ IV. — *Scrofulides de la muqueuse génito-urinaire.*

Obs. XII. (Th. Fiquet.) — Esthiomène hypertrophique et ulcéreux de la région ano-vulvaire. — Mort. — Publié par M. Leroy des Barres, interne des hôpitaux (Bull. de la Soc. anat. 1870).

C... (Françoise, âgée de 27 ans, fille publique, entrée à l'hôpital de la Pitié, le 8 novembre 1869 (service de M. Trélat).

Antécédents. — Offre les attributs d'une constitution scrofuluse, blonde, face bouffie, assez colorée; lèvres épaisses; nez gros et court; elle a un certain embonpoint; chairs molles et flasques. Il n'existe ni cicatrices d'écrouelles, ni engorgement ganglionnaire; pas d'ophtalmie ancienne ou récente, aucune trace de suppuration osseuse; les membres sont le siège d'une éruption eczémateuse d'origine déjà ancienne; toujours assez mal réglée; depuis quelque

années fleurs blanches; pas d'enfants. Aucun antécédent syphilitique.

Le début de son affection remonterait seulement à deux ans et demi ou trois ans; quelques boutons auraient alors fait saillie au pourtour de l'anus, puis se seraient ulcérés. Eprouvant quelques douleurs au moment de la défécation, la malade se décide à entrer à l'hôpital d'Angers, et là subit une opération que le récit confus qu'elle en donne ne permet pas de caractériser. Vers la fin de 1867, étant venue à Paris, elle est soumise, dans le service de M. Verneuil, à un traitement anti-syphilitique pour les ulcérations, dit-elle, qu'elle portait à la vulve et l'anus, et contre lesquelles tout traitement local serait resté inefficace.

Pendant son séjour à l'hôpital Lariboisière, elle aurait eu un érysipèle de la vulve. En 1868, elle vient à la Pitié, et là, dans le service de M. Broca, suit de nouveau, mais sans succès, un traitement anti-syphilitique. La région ano-vulvaire était, à cette époque, le siège de désordres assez étendus; mais en raison de la persistance de la cloison recto-vaginale, M. Broca aurait un instant songé à pratiquer la périnéorrhaphie. Sur ces entrefaites, cette fille quitte l'hôpital pour s'y représenter une seconde fois, le 8 octobre 1869, et être admise par M. Trélat.

Etat de la région vulvaire. — Le plancher périnéal n'est plus qu'une vaste surface ulcéreuse et végétante, ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur, limitée en avant et sur les côtés par la saillie considérable que forment les grandes lèvres hypertrophiées, et en arrière par un bourrelet œdémateux qui leur fait suite, et dont les extrémités viennent se terminer près de la pointe du coccyx en une sorte de commissure.

Les mamelons et les tubercules sans nombre qui s'élèvent de cette surface violacée laissent entre eux des sillons ou de véritables anfractuosités, mais il n'est plus possible, sans un examen méthodique, de reconnaître là les orifices des divers conduits qui s'ouvrent à ce niveau, ni de retrouver les diverses parties qui forment le plancher du périnée.

Le pénil est envahi par un œdème assez dur. Les grandes lèvres ont le triple de leur volume normal et donnent aussi la sensation d'un œdème dur et résistant. Leur extrémité antérieure n'offre point d'autres modifications ; à sa partie moyenne , leur face muqueuse est légèrement ulcérée çà et là ; par leur extrémité postérieure, ces replis viennent se confondre avec le bourrelet cutané qui limite en arrière la région envahie par la maladie. Ce bourrelet est œdémateux, d'un rouge violacé, et présente sur son bord libre ou interne des saillies très accusées ; à droite, il en est une de la grosseur d'une noisette, en arrière de laquelle s'étale en un anneau membraneux une lame de tissu perforée à son centre ; du côté gauche, se fait remarquer un petit mamelon qu'une ulcération peu étendue isole d'une masse grossièrement lobulée, assez analogue à un amas de condylomes.

En dedans des plis génito-cruraux, la peau dure et épaisse porte de chaque côté de petits tubercules secs, dépourvus de croûtes, à surface légèrement ridée, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise ; six se sont développés à droite, ils sont assez éloignés les uns des autres (2 à 3 cent. de distance), tandis que ceux du côté gauche, au nombre de cinq, sont réunis en un seul groupe.

Les petites lèvres conservent leur disposition normale à leur extrémité antérieure, où elles sont cependant légèrement tuméfiées , en arrière, au contraire, elles sont brusquement interrompues ; la nymphe droite, décollée et rejetée en dehors, se perd sur une ulcération à bords élevés et à fond grisâtre, mesurant près de 3 cent. de longueur sur 1 cent. $\frac{1}{2}$ de largeur ; la nymphe gauche a sa longueur habituelle, mais elle est aussi décollée, ulcérée sur divers points, et son bord est plus irrégulièrement et plus profondément dentelé que de coutume. Le clitoris est entièrement recouvert de son capuchon, hypertrophié et œdémateux.

Le vestibule de la vulve, plus profond et plus spacieux que d'ordinaire, est entouré de tubercules assez nombreux. Des saillies analogues, et dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, marque le méat urinaire : si l'on vient à écarter

celles-ci, on voit l'orifice béant de l'urèthre, où le doigt pénètre sans difficulté jusqu'à la racine de la troisième phalange du doigt indicateur. L'introduction d'une sonde dans la vessie est d'une extrême facilité. On s'assure ainsi qu'il n'existe ni épaissement, ni induration de ce conduit, et que celui-ci, loin d'être rétréci, comme on pourrait le supposer au premier abord, est au contraire manifestement dilaté.

On ne rencontre plus au-dessous de l'urèthre la colonne antérieure du vagin, mais on tombe au fond d'un sillon qui, dans sa circonférence, enveloppe un flot de mamelons très-proéminents, dont quelques-uns même ont acquis le volume d'un marron.

Avec une sonde, on écarte facilement ces mamelons, et l'on aperçoit dans leur intervalle le vagin entièrement séparé de l'ouverture vulvaire. Le toucher indique bien que les parois de ce canal sont hypertrophiées à leur extrémité inférieure; mais on ne constate ni induration, ni brides cicatricielles, ni rétrécissement. Aucune tumeur n'a pris naissance dans le bassin; le col utérin à sa forme et sa consistance normale. L'application du spéculum permet d'affirmer l'absence de toute alteration pathologique de ce côté.

La fosse naviculaire et la fourchette ont disparu, la portion du périnée comprise entre la vulve et l'anus, ainsi que l'anus lui-même n'existe plus. Une excavation profonde de deux à trois centimètres, due au décollement de la cloison recto-vaginale, isole l'flot mamelonné où s'ouvre le vagin, de l'infundibulum où s'abouche le rectum. La portion rectale de la cloison, aujourd'hui entièrement cicatrisée, forme entre ces deux conduits un éperon fort saillant. On peut facilement circonscrire l'extrémité du rectum dont la surface est d'un rouge violacé et sillonné de nombreux plis longitudinaux. Comme le vagin, l'orifice inférieur du tube digestif est environné de mamelons et de crêtes, mais ceux-ci ne l'obstruent pas complètement. Enfin, tout-à-fait en arrière, près du coccyx, est creusée une petite fossette, qui admet l'extrémité d'une sonde de femme.

Toutes ces surfaces ont une coloration rouge, en certains points violacée; l'œdème leur donne de la dureté et une grande épaisseur;

partout elles font éprouver au doigt une résistance élastique considérable, mais elles ne sont en aucun point indurées. — De ces parties, les unes, envahies par l'ulcération, ont perdu leur poli; les autres, irrégulièrement cicatrisées, revêtent l'aspect d'une muqueuse. Le doigt ne détermine pas de douleur à la pression et ne donne lieu à aucun écoulement de sang; du reste, il ne s'est jamais produit d'hémorrhagie. Quelques douleurs, avec sensation de cuisson et de chaleur surviennent au moment du passage des urines ou des matières fécales; mais dues à une irritation directe, elles ne tardent pas à s'apaiser, pour ne reparaitre qu'avec le retour des mêmes causes.

On ne trouve ni croûte, ni amas d'épithélium sur les points ulcérés, mais il se fait à ce niveau un écoulement sanieux, sero-muqueux, incolore; parfois cet écoulement est assez abondant, il s'y ajoute souvent aussi un flux leucorrhéique.

Malgré la dilatation du conduit urinaire et la destruction de la région anale, la malade conserve assez facilement ses urines et ses matières fécales. Nulle part il n'y a de communication anormale entre les divers conduits.

Du côté de l'aîne, il faut noter l'absence de tout engorgement ganglionnaire.

Etat général. — Peu satisfaisant; au cœur, un bruit anémique qui se prolonge dans les vaisseaux du cou; fonctions respiratoires régulières; quant aux fonctions digestives, elles s'accomplissent passablement.

La malade allait chaque jour s'affaiblissant, quand le 10 janvier, sans cause connue, elle est prise de *diarrhée et de vomissements*. — Diarrhée abondante, vomissements composés d'aliments et de boissons fréquents; de plus, de violentes coliques et une douleur intolérable au niveau de l'épigastre. Ventre légèrement ballonné; la pression n'est pas douloureuse, cependant. La palpation ne permet de constater l'existence d'aucune tumeur. Bismuth et opium et applications de cataplasmes laudanisés.

Les vomissements diminuent de fréquence les jours suivants, aqueux ou colorés par quelques filets de bile ; la diarrhée pendant ce temps, ne s'amende point. Douleur épigastrique exagérée ; la malade se tord dans son lit ; jour et nuit, cris et gémissements. Les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine répétées deux fois par jour (4 cent.) et l'emploi de l'opium procurent à peine un soulagement momentané. La région ano-vulvaire est aussi le siège de douleurs cuisantes qu'il faut attribuer au passage incessant des urines et des matières fécales. OEdème des membres inférieurs qui envahit la paroi abdominale ; toutefois, pas d'ascite. Le cœur n'est le siège d'aucun bruit anormal. Les urines, examinées à différentes reprises, présentent à peine quelques traces d'albumine.

C'est au milieu de ces accès de douleurs et de contorsions horribles que la malade succombe, le 20 février, à dix heures du soir.

Obs. XIII. — (Th. Fiquet.) — Esthiomène perforant de la région uréthrale (Archives de tologie, 1874, Bernutz).

X..., 34 ans, née de parents bien portants en apparence, a eu des manifestations très-accusées de la diathèse scrofuleuse. Sa gourme, qui couvrait tout son visage, n'a disparu qu'à l'âge de 8 ans, malgré toutes les médications.

A partir de 8 ans, santé bonne; première menstruation à l'âge de 10 ans. Vers 18 ans, régime insuffisant, travail excessif; apparition de fleurs blanches abondantes, très-peu amendées par l'usage des injections astringentes.

L'irritation des parties génitales par un écoulement semble avoir joué ici le rôle de cause déterminante de la scrofulide; elle a déterminé vers les organes génitaux la manifestation de la maladie générale, qui était en puissance, et dont le catarrhe génital était une première manifestation.

La malade a eu deux grossesses heureuses, mais les deux enfants sont morts. Après le second accouchement, retour des fleurs blanches. Depuis cette époque, quatre fausses couches, dont la dernière a été suivie d'une péritonite très-grave.

Les fleurs blanches sont revenues très-abondantes trois mois après la péritonite. Il est impossible de *déterminer* quand *l'esthionène a débuté*. Il y a cinq ou six mois que la malade a éprouvé des douleurs du côté des parties génitales externes, cinq mois qu'elle y a des *démangeaisons*, quatre mois que les rapports sexuels sont devenus pénibles, et ils l'ont été tellement depuis trois mois qu'elle a dû les interrompre complètement.

Quand on explore la région vulvo-anale, on voit :

1° Qu'il n'y a aucun gonflement des ganglions inguinaux, ce qui est en rapport avec le renseignement donné par la malade, d'absence de toute manifestation syphilitique antérieure ;

2° Que le mont de Vénus, le périnée, l'anus et son pourtour, sauf une petite fistule anale, sont sains ;

3° Que la face externe des petites lèvres est également saine, mais qu'on trouve disséminés sur leur face interne un certain nombre de sortes de petits condylomes, comme ulcérés, d'un rouge vif, erythémateux, qui existent surtout à leur angle supérieur et sur une partie très-voisine de l'orifice vaginal; on trouve un ou deux de ces petits condylomes sur les racines du clitoris, mais ce ne sont que des lésions peu caractérisées, très-accessoires, près de celle qui occupe le méat-urinaire et les parties circonvoisines,

On voit, avant même qu'on ait écarté les petites lèvres, saillir une tubérosité d'un rose violacé, ayant 2 centimètres d'étendue transversale, sur 3 de hauteur; elle est constituée par le tubercule antérieur du vagin et toutes les parties placées inférieurement et latéralement au méat urinaire; elle est limitée latéralement par le pli de la base de chaque petite lèvre.

Cette tubérosité, semblant résulter d'une sorte d'œdème dur de toutes ces parties, qui a rendu plus proéminentes les saillies et plus profonds les sillons qui existent normalement, vient proéminer

de plus de trois centimètres en avant des caroncules myrtiformes, qui forment une sorte de colerette aplatie à l'orifice vaginal; quant à celui-ci, au lieu d'être arrondi, il est représenté par une ligne concave supérieurement. La tubérosité esthioménale surplombe supérieurement le méat urinaire, qui est comme décomposé en deux parties par l'ulcération, qui la détruit à droite et à gauche. Le quart de cercle antérieur du méat urinaire est resté à sa place, le quart de cercle inférieur a été traîné en bas par l'hypertrophie éléphantiasique. En écartant ces deux parties, on voit une ulcération infundibuliforme d'un rouge violacé sombre, villosité, revêtue d'une sorte d'épithélium incomplet, dans lequel vient s'ouvrir une sorte de terrier ulcéreux résultant d'une perforation de la face antérieure du canal de l'urèthre, placé à cinq millimètres en arrière du quart de cercle antérieur du méat urinaire, que nous avons dit être resté à sa place. On peut introduire, dans ce terrier ulcéreux, le petit doigt à une profondeur de deux centimètres, et on sent l'union des branches ascendantes du pubis presque à nu.

En reportant le doigt à gauche, dans l'infundibulum qui sert comme de vestibule à ce terrier ulcéreux, on sent que l'ulcération a creusé en dessous le bourrelet éléphantiasique, puis l'index s'engage dans le canal de l'urèthre qui l'admet très-facilement; le doigt parcourt tout le canal de l'urèthre, qui le porte dans le prolongement que l'hypertrophie envoie du côté du vagin, induration hypertrophique qui s'étend jusqu'à l'union du tiers inférieur au tiers moyen de ce conduit. Toutes ces recherches, qui ne font constater aucune induration proprement dite et n'ont donné lieu à l'effusion que de quelques gouttes de sang, ont été peu douloureuses pour la malade, qui se trouve beaucoup mieux depuis vingt-quatre heures qu'elle garde le repos absolu au lit et qu'on lui a fait prendre deux bains et fait faire des lotions émollientes fréquentes, pour nettoyer toutes les parties malades.

La malade, après avoir subi un traitement chirurgical, est dans un état en apparence satisfaisant; elle retient bien ses urines, mais son esthiomène n'est pas encore guéri : il est seulement en bonne voie de guérison.

Voir de plus :

Thèse de Fiquet :

Observations II, Esthiomène hypertrophique et ulcéreux de la région vulvaire (communication faite à la Société de Chirurgie par M. Polaillon).

Observation III, Esthiomène hypertrophique et ulcéreux de la région ano-vulvaire, destruction de la paroi antérieure du vagin, fistule vésico-vaginale (publiée par M. Curtis, interne des hôpitaux de Paris, dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1870).

Observation IV, Esthiomène perforant de la région uréthrale (Archives de Tocologie, 1874, Bernutz).

Observation VI, Esthiomène de la vulve, hypertrophie œdémateuse de la grande lèvre gauche, destruction d'une partie de la commissure postérieure.



INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

I. — *Scrofule et Scrofulides en général.*

LITTRÉ et ROBIN. (Dictionnaire).

Dictionnaire en 60 volumes.

Dictionnaire en 30 volumes.

HARDY. 1860. Maladies cutanées.

BAZIN. Leçons sur la scrofule. 1861.

Revue scientifique d'Hayem.

JACCOUD, GRISOLLE et les classiques.

Consulter, dans JACCOUD (Path. int. t. II), la Bibliographie du chapitre Scrofulose).

II. — *Scrofulides de la muqueuse oculo palpébrale.*

GALEZOWSKI. Traité des maladies des yeux.

WECKER. Traité des maladies des yeux.

Les classiques et les ouvrages spéciaux.

BAZIN. (Loc., cit.)

LANDAU. Mém. sur le diagnostic des ophthalmies catarrhales et scrofulieuses. — Arch. méd. 1836, t. XII).

RICHERAND. Nosographie chirurgicale, t. I.

DUMESNIL. Ophthalmie scrofulieuse. (Thèse 1833.)

FOLLIN et DUPLAY. T. IV.

LEBERT. Traité des maladies scrofulieuses, 1849.

