De la tuberculose chirurgicale suites immédiates et éloignées de l'intervention traitmement pré et post-opératoire / par Paul Thiéry.

Contributors

Thiéry, Paul, 1863-
Harvey Cushing/John Hay Whitney Medical Library

Publication/Creation

Paris : G. Steinheil, 1890.

Persistent URL

https://wellcomecollection.org/works/stszj6m7

License and attribution

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

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

wellcome collection

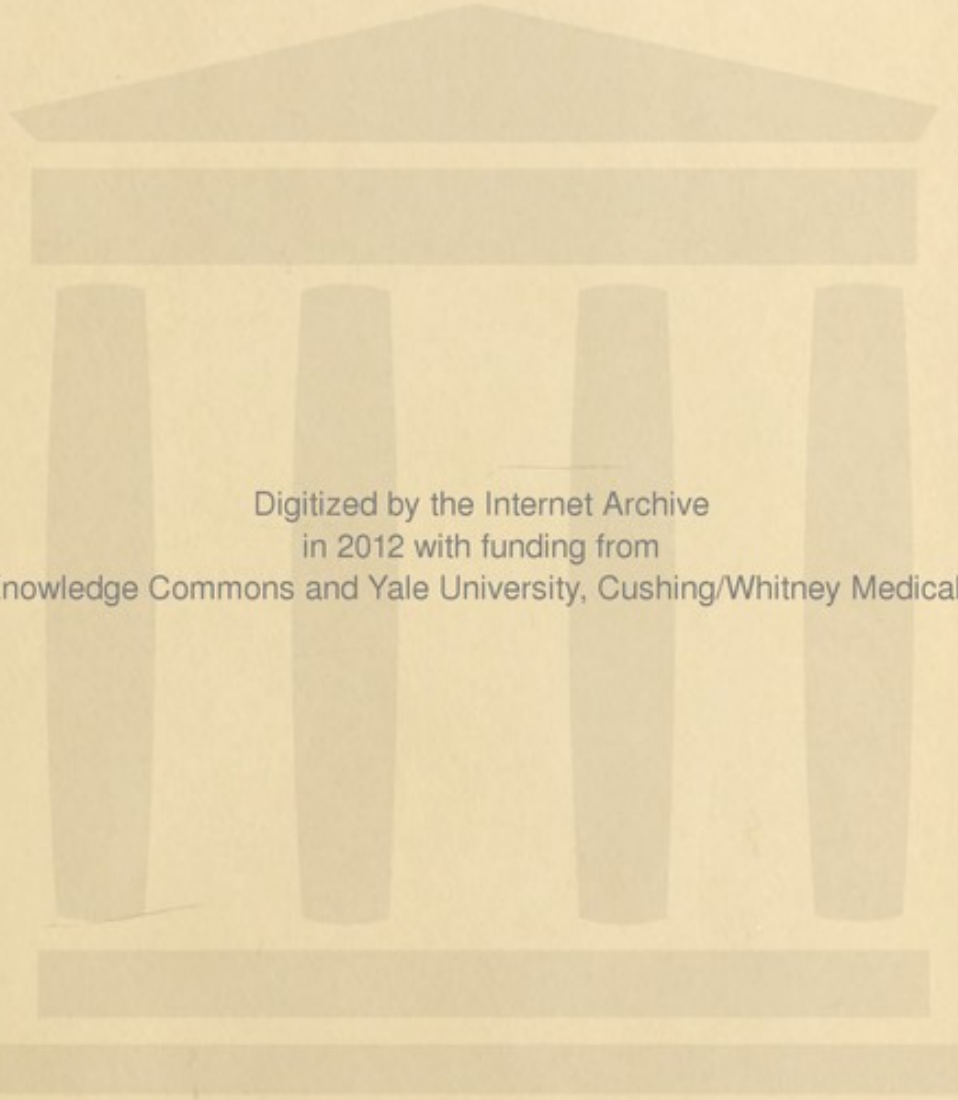
Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

YALE
MEDICAL LIBRARY

HISTORICAL
LIBRARY

COLLECTION OF

Alfred P. Klebs



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

http://www.archive.org/details/delatuberculosec00thir

DE LA

TUBERCULOSE

CHIRURGICALE

DE LA

TUBERCULOSE

CHIRURGICALE

SUITES IMMÉDIATES ET ÉLOIGNÉES DE L'INTERVENTION

TRAITEMENT PRÉ ET POST-OPÉRATOIRE

PAR

LE Dr PAUL THIÉRY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
PROSECTEUR DE LA FACULTÉ
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1890

YALE MEDICAL LIBRARY
HISTORICAL LIBRARY

RD 684
T 35
1890

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

De la valeur de la recherche des bacilles dans le diagnostic des affections tuberculeuses. *Progrès méd.*, 1885.

Note sur un cas de gangrène pulmonaire. *Bull. de la Société anatom. Séance du 31 juil.* 1885.

Note sur un cas de trichinose observé à Paris. *Bull. de la Société anatom. Séance du 31 juil.* 1885.

Des effets physiologiques de l'adonidine. Recherches expérimentales *in thèse de* MORDAGNE. Paris, 1885.

De la recherche de la glycose dans les urines par l'acide picrique. *Progrès méd.* 1886.

De la présence du sucre dans le liquide hydrocéphalique. *Progrès méd.* 1886.

Contribution à l'étude du diagnostic des chancres vénériens. *Progrès méd.* 1887.

Note sur un cas de tuberculose du testicule à début aigu. *Bulletins de la Société anatomique. Janvier* 1887, p. 1.

Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué. *Gazette méd.* 1887.

Traitement de la blennorrhagie par les injections d'huile iodoformée. *Progrès méd.* 1887.

Fracture du bassin. Hématocèle traumatique du scrotum, gangrène. Décortication des testicules. Guérison. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1887.

De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. *Gazette méd.* 1887.

Contribution à l'étude de quelques procédés de respiration artificielle. *Gazette méd.* 1887.

Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Blessure d'une intercostale. Hémopneumothorax, mort. *Gazette médicale*, 1887.

Du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre. *Gazette médicale*, 1888, pages 365-375-387-402.

Note sur la pathogénie des corps étrangers organiques des articulations. *Bulletins de la Société anatomique* 1888. V^e^ série, T. II, p. 660.

Note sur une affection non décrite du derme sous-unguéal (Durillon sous-unguéal). *Bulletins de la Société anatomique.* Mars 1888. 5^e^ série, T. II, p. 332.

Coup de feu dans l'oreille ayant lésé l'oreille interne. Confirmation du rôle physiologique des canaux semi-circulaires et de la corde du tympan, avec un rapport de Chaput. *Bulletins de la Société anatomique*, 5^e^ série, t. II, p. 525 à 539, 1888.

Cancer de la face latérale droite de la vessie comprimant l'uretère droit. Absence congénitale du rein et de l'uretère gauches. Phénomènes urémiques. *Bulletins de la Société anatomique* 1888, 5^e^ série, t. II, p. 368.

De l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens. *Bulletins de la Société anatomique*, 1888.

Traitement de l'orchite blennorrhagique par la teinture d'anémone pulsatille, 50 observations personnelles in *thèse de* Dormand. Paris, 1888.

Contribution à l'étude du traitement de quelques lésions sous-préputiales. Observations personnelles in *thèse de* Gauillard. Paris, 1888.

De la suture dans les plaies de tête, 32 observations personnelles in *thèse de* Ribierre. Paris, 1888.

Du durillon sous-unguéal. Signes et diagnostic (avec un rapport de Villar). *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1889.

Contusion bi-polaire oblique du cerveau. Fracture du crâne. Double trépanation. *Bulletins de la Société anatomique* mai 1889.

Note sur un kyste inguinal chez la femme. *Bulletins de la Société anatomique. Juillet* 1889.

Sur le choix du procédé opératoire dans la création d'un anus iliaque artificiel ; comparaison de la méthode française et de la méthode autrichienne. *Bulletins de la Société anatomique* 1889, 5e série, t. III, pages 255 à 264.

Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, de l'épiploon et du pelvis ; cancer de l'estomac et de l'utérus. *Bulletins de la Société anatom.* 1889, 5e série, t. III, p. 317 à 320.

Rupture de l'estomac par cause indirecte (chute sur les ischions). *Bulletins de la Société anatomique* 1889. 5e série T. III, pages 352 à 356.

De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. Observations in *thèse de* R. Spillmann, Paris, 1889.

Lymphangite et erysipèle. Observation IV de la *thèse de* Gars, Paris, 1889.

Valeur séméiologique de l'ecchymose dans les fractures des métatarsiens, *Gazette médicale*, 1889.

Remarques et faits cliniques relatifs à l'opération du trépan. *Gazette médicale*, 1889.

Deux observations de cancer de l'intestin avec phlegmon pyostercoral. *Bulletins de la société anatomique.* Séance du 24 janvier 1890.

Remarques relatives à l'étude de l'érysipèle dans l'état puerpéral. *Gazette médicale de Paris*, février 1890, nos 8 et 9.

Traitement chirurgical des tuberculoses périphériques, suites immédiates. In *Études sur la tuberculose*, fascicule IV, 1890.

Note sur une complication grave du traitement des kystes hydatiques du foie (flux biliaire) suivie d'une clinique de M. le Professeur Verneuil, sur le traitement des kystes hydatiques du foie par le procédé du trocart, 1890 (pour paraître prochainement).

La tuberculose mammaire. Signes. Diagnostic. Pronostic. Traitement. Pour paraître dans le *fascicule* V, 1890, des *Études sur la tuberculose*.

A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Mon cher Maitre,

En lisant ce travail vous y trouverez votre enseignement et vous voudrez bien y reconnaître votre élève. Je ne puis vous le dédier sans vous rendre ce qui vous appartient ; mais je veux que cette dédicace soit une marque de ma profonde reconnaissance pour l'enseignement, l'intérêt et la sollicitude que vous m'avez prodigués. Permettez-moi d'associer à votre nom celui de M. le Professeur Le Fort, dont la bienveillance et la bonté m'ont été si précieuses.

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE PROFESSEUR LE FORT

A MES CHERS MAITRES D'INTERNAT

MM. POLAILLON ET HUMBERT

PROFESSEURS AGRÉGÉS A LA FACULTÉ, CHIRURGIENS DES HOPITAUX

Je les remercie de la confiance qu'ils m'ont toujours témoignée.

AVANT-PROPOS

Ce n'est point chose facile que de répondre à la grosse question que soulève le titre de notre travail, et nous pourrions paraître téméraire d'en chercher la solution si nous ne nous y étions préparé de longue date. De tout temps ce point est resté obscur dans l'esprit des chirurgiens, et pendant le cours de nos études nous n'avons point été peu étonné d'entendre nos différents maîtres soutenir avec arguments et exemples à l'appui, les opinions les plus contraires. Doit-on opérer les tuberculeux ? Doit-on opérer les tuberculoses dites locales ? Quand et comment doit-on les opérer et quels sont les résultats de cette intervention ? Quels en sont surtout les résultats éloignés ? Si cette tâche était accomplie, nous aurions répondu à l'une des questions les plus difficiles qui ont été soulevées au récent congrès de chirurgie.

De tout temps notre attention a été attirée sur ce point, et si, trop jeune pendant notre externat, nous y attachions peu d'importance, nous avons dès le début de notre internat recueilli une quantité considérable de documents que nous voulons aujourd'hui publier.

Au moment où nous commençons cette étude, nous aurons la franchise d'avouer que notre opinion n'est point encore faite.

Tout d'abord, séduit par les opérations que nous vîmes pratiquer, nous avons été frappé des bons résultats immédiats de l'intervention, et M. Humbert ,qui fut pour nous pendant toute une année à l'hôpital du Midi plus qu'un maître, voulut bien s'associer à notre enthousiasme. Il opéra par la castration plusieurs malades atteints de tuberculose

testiculaire, et nous-même, usant largement de la latitude si bienveillante qu'il nous a toujours laissée dans son service, nous pûmes en opérer quelques-uns. Puis notre attention fut attirée sur les suites interminables des bubons syphilo ou chancrello-strumeux, et les bons résultats que M. Humbert obtenait de l'ablation des testicules tuberculeux l'engagèrent à poursuivre l'extirpation des adénopathies scrofuleuses : nous le suivîmes dans cette voie, augmentant ainsi tous les jours la richesse de notre dossier, et y joignant en même temps quelques observations d'intervention plus rares, à l'hôpital du Midi, amputations, etc...

A ce moment, ébloui par des succès que notre inexpérience nous faisait croire définitifs, l'intervention nous apparaissait comme le traitement de choix toujours et quand même applicable. Aussi ne fûmes-nous pas peu étonné d'entendre M. Humbert avouer que quelques-unes de ces opérations étaient mauvaises, lorsque nous le revîmes après notre internat. Puis vint une année d'internat chez M. Polaillon, chirurgien prudent et hardi à la fois, et qu'aujourd'hui nous sommes trop heureux d'appeler notre cher maître, car notre gratitude envers lui ne saurait acquitter les obligations que nous avons si largement contractées.

Dans son service, nous avons retrouvé un champ d'observation encore plus riche, à tel point qu'en une année nous avons pu y recueillir un total de 981 observations, dont 109 ont rapport au sujet qui nous occupe aujourd'hui.

Là encore nous vîmes l'ablation des ganglions tuberculeux, nous vîmes les résections des articulations fongueuses, et nous constatâmes de beaux résultats. Notre ardeur, tout aussi jeune, fut cependant mise en garde à plusieurs reprises par la circonspection avec laquelle M. Polaillon abordait quelques tuberculoses locales et, malgré ces précautions, par quelques désastres sur lesquels notre maître attira notre attention.

A Necker, chez le professeur Le Fort, nous pûmes comparer quelques résultats d'intervention et d'expectation ; nous y recueillîmes 210 observations, et cela nous est un besoin de remercier ce maître de la bienveillante bonté avec laquelle il nous permit de puiser au large enseignement de son service si riche et si actif.

Enfin, chez M. le professeur Verneuil, qui a bien voulu nous faire son élève et nous garder près de lui, nous avons étudié la prudence et il nous a initié au doute et poussé au contrôle. Il a souvent ébranlé notre conviction par des arguments, par des faits dont beaucoup figurent dans ce travail et par ses nombreuses leçons cliniques que nous avons recueillies.

Et, tout étonné d'entendre un nouveau langage, prêt à faiblir, nous avons suivi son conseil et nous avons voulu nous faire une opinion.

En apparence la chose était simple : recueillir l'enseignement de nos maîtres et le discuter par l'examen des observations rédigées chez eux, réunir et colliger les observations qui ont trait aux tuberculoses locales, les classer, était chose facile. Il n'en était pas de même de les compléter. Réunir nos opérés du Midi (86), de Necker (88) ; de la Pitié (87 et 89), ceux qui, opérés depuis longtemps par M. Verneuil revenaient le voir, tel était notre but et telle sera notre tâche : incomplète encore aujourd'hui, par suite de circonstances indépendantes de nous, nous nous y attacherons pour la parfaire.

Ainsi, dans la solution de cette question que nous nous sommes proposée presque dès le début de nos études chirurgicales, nous avons porté bien des appréciations différentes et sans compter nos années d'externat, où l'intérêt des grandes questions de pathologie générale ne nous était point encore apparu, nous avons été tour à tour trompé par l'apparence mensongère des résultats immédiats, et désillu-

sionné plus tard par le retour inopiné de quelque ancien malade venant implorer un nouveau traitement.

C'est dans le service de M. Verneuil surtout que nous avons vu revenir ces malheureux, ces infirmes, tous victimes de la tuberculose en dépit des traitements les plus divers : ablation, curage, résection, amputation; là nous avons appris le doute, et peut-être aussi le remède, mais à l'enthousiasme ancien déjà tempéré par quelques échecs opératoires, puis à la réserve, est venue s'ajouter l'hésitation et le besoin de contrôle.

C'est d'ailleurs un contingent inégal d'affections tuberculeuses, variées dans leurs localisations, que nous avons pu observer dans ces services. Au Midi, testicules tuberculeux, adénopathies inguino-iliaques ; dans le service de M. Polaillon, résections, affections articulaires ; à Necker, ostéites ; à la Pitié adénopathies et tuberculoses articulaires et anopérinéales nous ont permis de réunir de nombreuses observations ; expectation, intervention chirurgicale, traitement général et local par les topiques, ont été tour à tour employés et nous ont servi les uns par rapport aux autres de termes de comparaison.

Au moment où nous terminons cette introduction, nous nous étonnons, en groupant nos documents, du nombre considérable d'observations qui se sont offertes à nous, sans que notre opinion soit encore bien fixée autrement que par la confiance que l'expérience nous a porté à avoir dans l'enseignement de nos chers maîtres d'internat.

Tout récemment encore, le Congrès de chirurgie a donné à ce sujet une impulsion nouvelle et l'a porté au rang des questions d'actualité ; aussi utiliserons-nous, chemin faisant, les documents que nous ont fournis les chirurgiens éminents qui y ont pris la parole, et pourrions-nous donner comme sous-titre à notre travail : *Réponse au Congrès de chirurgie de* 1889.

Ce n'est point une tâche inutile, en quittant les hôpi-

taux, de tirer quelque profit du vaste enseignement qui nous y a été donné avec tant de bienveillance et de libéralité. Quelles seront nos conclusions ? La lecture à peine commencée de nos observations nous porterait à revenir à notre enthousiasme des premiers jours, si la venue de quelques anciens malades n'était venue jeter le doute et nous engager à la prudence. Aussi, cet aveu d'ignorance nous sauvera-t-il de l'accusation d'opinion préconçue, et notre dossier ne sera clos que lorsque nous aurons revu notre dernier malade : enquête difficile, nécessaire, indispensable, sans laquelle nous ne saurions apprécier impartialement les résultats éloignés.

A nos maîtres de l'internat nous avons dédié ce travail : leur nom est inscrit trop souvent à chaque page pour que nous puissions songer un moment à les remercier de ce qu'ils ont fait pour nous ; nous voulons rester leur élève et leur obligé. Mais pour nous être attaché à eux par une sincère gratitude, nous ne pouvons oublier que nos études datent de plus longtemps et que, chemin faisant, nous avons rencontré des maîtres qui nous ont tendu la main et nous ont offert leurs conseils, leur enseignement et leur appui : M. le professeur Richet et M. Peyrot, nos premiers maîtres de l'Hôtel-Dieu, MM. Delens, Blum, Raymond et Chauffard à l'hôpital Saint-Antoine ; MM. Segond, Kirmisson et Bazy à l'hôpital du Midi et à Necker, M. Jalaguier, nous ont dispensé largement leurs précieux conseils ; nous ne saurions oublier, ni ce qu'ils nous ont appris, ni ce que nous leur devons.

A l'École pratique, nous avons pu au moment de nos débuts apprécier le merveilleux enseignement de M. le professeur Farabeuf, en qui nous avons trouvé à la fois un guide et un exemple ; M. Poirier, chef des travaux anatomiques, a bien voulu nous donner à plusieurs reprises des marques d'estime et d'amitié, et puisque nos souvenirs de l'École pratique comprennent dans une même gratitude ceux qui nous ont accordé leur amitié, nous remercions aussi

M. Chaput, chirurgien des hôpitaux, si souvent notre conseil et notre ami.

Pendant les cinq années que nous avons travaillé au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Sée nous y a toujours donné une libérale hospitalité, et nous nous sommes souvent adressé à la haute expérience de M. le professeur Cornil, qui nous a toujours accueilli avec bonté. Aussi ces années nous restent-elles comme un bon souvenir, et nous n'aurions garde d'oublier notre maître, M. Talamon, qui nous a si souvent guidé dans ce laboratoire. Bien que nos études ne nous aient point rapproché de ces maîtres autant que nous l'aurions désiré, qu'ils nous permettent cependant de leur témoigner notre respectueuse affection.

Nous choisissons aussi ce moment, pour remercier de son accueil et des conseils si sages qu'il nous a donnés, M. le Dr Bourdon, médecin honoraire de la Charité, membre de l'Académie de médecine.

Si nous n'avons point encore écrit le nom de notre maître et ami, le Dr Ricard, professeur agrégé de la Faculté, il sait que dès longtemps déjà nous ne comptons plus les preuves de son amitié : nous l'assurons de notre dévouement et de notre reconnaissance.

DIVISION DU SUJET

Nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur de notre mémoire et nous n'avons point la prétention de résoudre d'un seul coup le problème ; ce n'est point un travail d'érudition que nous publions, aussi n'avons-nous point tenté d'écrire un chapitre d'historique, qui pour être complet eût dû comprendre une des parties les plus vastes de la littérature médico-chirurgicale ; c'est plutôt un recueil de documents qu'il faudra souvent remanier pour en tirer l'enseignement qu'ils contiennent, c'est l'ébauche d'un ensemble dont nous nous proposons d'étudier plus tard les détails.

L'étendue du sujet nous a forcé de diviser notre ouvrage en cinq parties.

Dans la première, nous étudions, avec la fréquence des tuberculoses périphériques, les données expérimentales et cliniques qui militent en faveur de ou contre l'intervention chirurgicale.

Dans la deuxième partie, nous nous occuperons des suites immédiates de cette intervention, de leur valeur, des complications générales ou locales qu'elle peut provoquer : nous y comprendrons notre statistique personnelle.

Avec la troisième partie, nous aborderons l'étude des causes diverses qui peuvent influer sur la valeur de ces résultats.

La quatrième partie sera nécessairement réservée aux résultats éloignés des opérations : ce sera la contre-partie de l'étude des résultats immédiats, et nous y retrouverons les mêmes chapitres, avec la statistique que nous avons pu établir. (Voir page 275.)

Enfin nous nous réservons, dans une cinquième partie,

d'étudier le traitement pré et post-opératoire, au double point de vue expérimental et clinique.

Suivront ensuite nos conclusions et un tableau bibliographique bien incomplet, sans doute, mais qu'excusera l'ampleur du sujet que nous avons abordé.

Note. — Nous avons disséminé nos observations; cette méthode nous a semblé préférable, mais elle n'a pu malheureusement nous dispenser de renvoyer parfois le lecteur aux observations déjà citées : la double étude des résultats immédiats et éloignés explique cette nécessité. Nous avons adopté la notation des observations inédites en chiffres arabes; moins classique et moins élégante sans doute, elle est cependant plus nette et plus précise, en raison des chiffres élevés qu'il a fallu noter.

PREMIÈRE PARTIE

FRÉQUENCE DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES. — DOIT-ON OPÉRER LES TUBERCULEUX? — LA SUPPRESSION DES TUBERCULOSES LOCALES PEUT-ELLE PRÉVENIR L'INFECTION DE L'ÉCONOMIE : DOIT-ON OPÉRER LES TUBERCULOSES LOCALES?

CHAPITRE PREMIER

Fréquence des tuberculoses chirurgicales

En dehors de ses manifestations viscérales et pour n'envisager que ses lésions superficielles, *directement* accessibles au chirurgien (nous éliminons les tuberculoses d'organes accessibles tels que le rein dont nous avons observé fort peu d'exemples), la tuberculose locale (nous verrons quelle valeur il faut attribuer à ce terme) est chose excessivement fréquente et considérée d'ailleurs comme banale dans les services hospitaliers.

Il suffit d'assister à une consultation externe pour voir défiler tous ces tuberculeux, ganglions, gommes, articulations fongueuses, ostéites, et être convaincu que pareilles lésions entrent pour une part malheureusement trop large dans le contingent des malades hospitalisés.

C'est ce dont on peut se convaincre encore en lisant les nombreux mémoires consacrés à cette question et où abondent, à l'appui des faits avancés, un nombre considérable d'observations ; nous ne croyons pas qu'au dernier congrès de chirurgie les auteurs qui ont pris la parole aient appuyé sur des chiffres la démonstration de cette fréquence, mais le chiffre des opérations qu'ils ont notées dans leur statistique, chiffres que nous reproduisons, le démontre surabondamment.

MM. Démosthène de Bucharest : 429 malades	281 opérations.
Routier	88 op. (1888)
»	150 op. (1889)
Fontan de Toulon	80 intervent.
Schwartz	200 cas.
Bœckel	204
	1.003

Soit un total de 1,003 cas en ne consultant point d'autre source statistique.

Ces 1003 cas, qui forment le contingent opératoire de cinq

chirurgiens, constituent donc un chiffre très élevé, d'autant que la statistique de plusieurs ne porte que sur quelques années de pratique, et il n'est certes pas sans intérêt de savoir ce qu'ont pu devenir ces mille malades.

Au même congrès, le Dr Jullien faisait remarquer que sur 2,760 garçons examinés à l'hôpital Trousseau, il avait pu recueillir 17 cas de tuberculose testiculaire, soit 1 cas sur 160 malades examinés; enfin M. le professeur Lannelongue a pu, en près de deux années, observer 1,005 cas de tuberculose locale sur des enfants de 0 à 5 ans. Et l'on sait que la tuberculose infantile n'est pas absolument fréquente !!

Ces chiffres considérables font involontairement songer à la tuberculose pulmonaire qui décime la population, et nous n'hésitons guère à dire que le pourcentage des tuberculoses chirurgicales n'est pas de beaucoup inférieur eu égard au chiffre total des malades des services chirugicaux, à ce qu'est la tuberculose viscérale par rapport aux autres affections d'ordre médical.

Nous n'avons point, par suite, dans ces chiffres, d'évaluation exacte de cette fréquence comparée à celle des autres affections chirurgicales, et nous aurions pu, pour produire un chiffre élevé qui aurait l'apparence d'une statistique, recourir aux registres des hôpitaux. Mais on sait les nombreuses causes d'erreur qui se glissent dans l'inscription des diagnostics sur les feuilles de statistique, et nous avons préféré donner un chiffre moins élevé, mais plus exact, que nous sommes en mesure de contrôler étroitement.

Durant nos quatre années successives d'internat au Midi, à la Pitié (service de M. Polaillon), puis à l'hôpital Necker et enfin à la Pitié (service de M. Verneuil), nous avons recueilli un total de 2206 observations.

Or, sur ce total, les affections tuberculeuses d'ordre chirurgical entrent pour le nombre de 258, sans compter quelques observations recueillies en dehors de l'hôpital (au nombre de 15 environ).

Mais une pareille évaluation serait assurément inexacte si nous n'y ajoutions quelques réflexions.

Au Midi, par exemple, la proportion en est relativement minime, puisque sur 523 observations nous ne relevons que 41 tuberculoses externes, d'autant que le nombre total des malades entrés en traitement dans le service de M. Humbert, a été cette année, de 1585.

En 1887, à la Pitié, nous avons recueilli la presque totalité des observations du service, soit 981 sur 991 entrants, sur lesquelles nous comptons 109 affections tuberculeuses. Cette statistique est de beaucoup la plus exacte, tous les diagnostics ayant été notés avec soin.

A l'hôpital Necker, nous avons recueilli 210 observations, dont 35 ont rapport au sujet qui nous occupe; ces observations ne forment qu'une petite partie de la totalité des malades traités, mais elles ont été recueillies par les externes du service et moi, sans sélection spéciale : ces chiffres ont donc une signification assez précise.

Du service de M. le professeurVerneuil, nous avons conservé 492 observations et nous y notons 73 tuberculoses chirurgicales.

Ces chiffres portent déjà leur enseignement au point de vue de la tuberculose locale.

Comment se décomposent-ils ensuite? Du chiffre total de ces malades, combien appartiennent à chaque localisation spéciale des lésions? Voici cette énumération.

Tuberculose du testicule : 30 ; —Tuberculose ganglionnaire : 63 ; — Abcès froid et tuberculose cutanée : 14 ; — Tuberculose de la mamelle : 2 ; — Pleurésies purulentes tuberculeuses : 7 ; — Fistules anales et abcès tub. de l'anus : 29 ; — Synovites tuberculeuses : 7 ; — Tuberculose buccale : 2 ; — Ostéites tuberculeuses du rocher 6 ; — de l'omoplate 1 ; — de l'humérus 1 ; — des os de la main et du carpe 3 ; — de l'ischion 3 ; — du fémur 3 ; — des os de la jambe 2.

Tuberculose sternocostale : 15.

Tuberculose articulaire : Epaule 4 ; — Coude 5 ; — Main 4 ; — Coxalgie 16 ; — Genou 14 ; — Pied (ostéo-articulaire) 9 ; — Spina ventosa 2.

Mal de Pott : 16 ; — Divers : 3.

Nous avons donc pu étudier nos malades et l'évolution des processus tuberculeux dans les diverses manifestations de la tuberculose externe : ces chiffres sont à joindre aux statistiques antérieurement publiées ; ils ont été rigoureusement relevés sur des diagnostics non douteux.

Dans les pages qui vont suivre, on trouvera un aperçu très complet des matériaux, nous dirions volontiers, à l'honneur de nos maîtres, des richesses que nous avons pu accumuler dans leur service. Mais au moment où nous relisons toutes ces observations, nous nous rappelons que nous n'avons point toujours été seul à les recueillir, et si, au moment de nos premières années d'internat, nous avons eu le loisir de travailler nous-même sans compter les heures, il faut dire aussi qu'au moment où les concours nous prirent une partie de notre temps, nous avons souvent trouvé dans les élèves du service, des collaborateurs précieux et dévoués. Nous nous empressons de leur exprimer notre gratitude. Néanmoins, nous avons toujours tenu à veiller nous-même à la rédaction des observations, soit en les faisant prendre sous notre dictée, soit en les relisant attentivement : toutes sont continuées ou commencées par nous, suivant que le point capital se trouvait dans les antécédents ou la marche de l'affection. Enfin la plupart ont été notées entièrement par nous.

Nous désirons bien nous entendre avec le lecteur en ce qui concerne les chiffres qui vont suivre, car il pourrait y trouver des erreurs. Certaines des statistiques que nous donnons comportent le relevé de l'ensemble des cas traités dans les services ; d'autres, seulement le relevé des cas que nous avons suivis et notés avec soin : nous prions donc le lecteur de ne

point faire la confusion. Dans nos tableaux encore on pourra s'étonner de voir figurer 64 résultats, je suppose, alors que 60 malades auront été traités ; mais l'amélioration ou le maintien en *statu quo* de l'état général, ayant été notés en regard de ces deux mots, interviennent dans l'excédent du chiffre des résultats sur celui des malades traités. Sous le nom : « grandes opérations », nous avons classé les opérations de grande chirurgie proprement dite, nécessitant l'emploi de l'anesthésie ; sous le nom de « petites interventions », nous avons dû noter non seulement les injections d'éther iodoformé, les incisions, etc., mais les redressements d'articulations, les opérations qui, quoique délicates, n'ont pas nécessité l'anesthésie, ou bien encore les opérations de grande chirurgie (extirpation de ganglions) qui par quelque circonstance spéciale et malgré la nécessité de l'anesthésie, s'offraient dans des conditions spéciales de facilité d'exécution ou de bénignité.

A. Statistique des services de M. Humbert, (*Midi*, 1886) et de M. Polaillon, (*Pitié*, 1887)

Or nous n'appuyons pas nos affirmations sur des chiffres pris au hasard, non plus que sur une circonstance fortuite, le désir, par exemple, d'étudier les tuberculoses locales qui nous aurait fait admettre un plus grand nombre de tuberculeux à l'hôpital.

Nous insistons peu sur la statistique de l'hôpital du Midi (1),

(1) Sur 1585 entrants 300 opérations grandes et petites ont été pratiquées, dont 54 pour tuberculoses locales, qui se décomposent ainsi : Incisions d'abcès ganglionnaires 3 ; incisions d'abcès testiculaires 3; thermocautérisation profonde du testicule 6 ; incisions d'abcès tub. de l'anus 3 ; curage de bubons strumeux 5; extirpations de ganglions 24; inject. iod. dans des ganglions 1; curage de fistules fongueuses 1 ; ponction d'hydrocèle symptomatique 1; castrations 5; ostéites 2. (Le chiffre des opérations (54) est supérieur au nombre de malades observés (41), plusieurs ayant dû être opérés à diverses reprises pour des localisations multiples.)

l'attribution spéciale de l'établissement étant moins propre à établir un pourcentage exact. Sur 523 observations, nous y avons recueilli 41 cas de tuberculose chirurgicale et 482 de malades vénériens ou autres...

Les opérations chirurgicales sont, pour le sujet qui nous occupe, au nombre de 32, dont 2 minimes seulement. Mais dans le service de notre excellent maître M. Polaillon, qui nous a toujours tant encouragé dans nos recherches et nous a montré l'exemple de la persévérance et de l'exactitude, nous avons constaté les rapports suivants, qui disent éloquemment la richesse du terrain que nous avons cultivé.

A notre arrivée, la salle d'hommes (salle Broca) comportait :
52 malades, dont 15 tuberculoses chirurgicales.

A notre arrivée, la salle de femmes (salle Gerdy) comportait :
24 malades, dont 3 tuberculoses chirurgicales.

Au moment de notre départ, la salle d'hommes comportait :
50 malades dont 13 tuberculoses chirurgicales.

Au moment de notre départ, la salle de femmes comportait :
32 malades, dont 7 tuberculoses chirurgicales.

Nous avons pu observer du 1er février 87 au 1er février 88, dans ce service si riche et si actif, 991 malades qui y ont été successivement traités dans cet espace d'un an : 146 offraient des lésions tuberculeuses; 845 étaient du domaine de la chirurgie générale.

Nous avons déjà vu que sur le total d'observations recueillies, 981 (746 hommes, 235 femmes), la tuberculose était comprise pour le chiffre de 109, pour les deux sexes réunis.

Enfin M. Polaillon, et nous ou nos collègues, pendant son absence, avons pu pratiquer dans le courant de l'année un total de 160 grandes opérations, dont 34 pour tuberculoses; et de 227 opérations moins graves, ou légères, dont 41 pour tuberculoses : soit un total de 387 interventions, dont 75 opérations grandes ou petites pour le sujet qui nous occupe, et 312 opérations du ressort de la chirurgie.

Il n'est pas sans intérêt d'énumérer rapidement les divers cas dans lesquels notre maître est intervenu : on comprendra mieux, ce nous semble, l'importance relative de chaque variété d'intervention.

Service de M. Polaillon (*hôpital de la Pitié*)

Opérations pratiquées du 1er février 1887 au 1er février 1888 pour tuberculoses chirurgicales.

Grandes opérations :	Résection de l'humérus.....	3
	Résection du coude.....	2
	Résection du poignet.....	1
	Résection de la hanche.....	2
	Résection du genou.....	1
	Évidement du tarse.....	1
	Résection des côtes.....	3
	Résection de l'omoplate.....	1
	Amputation de Chopart.....	1
	Désarticulation tib.-tarsienne...	1
	Amputation susmalléolaire.....	1
	Amputation de jambe.....	1
	Amputation de cuisse.....	2
	Résection de séquestres.....	5
	Trépanation de l'ap. mastoïde...	1
	Grattage de synovite riziforme..	1
	— de synovite fongueuse.	3
	Castration.....	1
	Destruct. du testicule au thermo.	1
	Empyème et Estlander.....	2
		34

Quant aux interventions de minime importance, elles se chiffrent par le nombre de 41, soit :

Abcès et fistules à l'anus.....	18
Inject. d'éth. iod. dans abcès froids.....	2

Incisions d'abcès ganglionnaires	4
Injections d'éther iod. dans des ganglions	3
Grattages d'abcès froids	5
Extirpations de ganglions	4
Curage de ganglions suppurés	2
Ouvertures d'abcès ossifluents	1
Ponctions de vaginalite tuberculeuse	1
Redressement de coxalgie	1
	41

C'est comme on le voit un contingent important d'opérations. Mais nous pensons qu'il y a intérêt, pour en tirer quelque enseignement, à le réunir aux constatations que nous avons pu faire dans les autres services dont nous avons été l'interne.

On pourrait nous objecter qu'il n'était point nécessaire de diviser ainsi notre statistique par service ; mais nous tenons à faire observer que si la chose a en soi peu d'importance en ce qui concerne les résultats immédiats, il n'en est plus de même en ce qui concerne les résultats éloignés, puisque ceux-ci se rapprochent d'autant plus du moment où nous publions ce travail, qu'ils correspondent à une année plus avancée de notre internat.

Midi : Service de M. Humbert, 1886.

Pitié : Service de M. Polaillon, 1887.

Necker : Service de M. le professeur Le Fort, 1888.

Pitié et *Hôtel-Dieu :* Service de M. le professeur Verneuil, 1889.

B. — Statistique du service de M. le professeur Le Fort (*Necker* 1888)

Les circonstances ne nous ont point permis de recueillir chez M. le professeur Le Fort, malgré l'activité de l'hôpital Necker, un nombre d'observations aussi considérable, les concours ayant pris une grande partie de notre temps. Néanmoins nous avons été à même d'y constater encore le grand

nombre, nous dirions volontiers la redoutable fréquence des manifestations locales de la scrofulo-tuberculose. On verra dans nos tableaux le détail des malades que nous avons pu y suivre ; mais dès maintenant nous indiquerons quelques chiffres qui ne peuvent y figurer. A notre entrée à la salle d'hommes (salle Malgaigne), étaient en traitement : 60 malades dont 17 tuberculoses locales. — Au moment de notre départ, 61 malades dont 14 tuberculoses locales. — A notre entrée, salle Lenoir (femmes), étaient en traitement : 26 malades dont 6 tuberculoses locales.— A notre départ, 28 malades dont 3 tuberculoses locales.

Nous avons pu observer, sur le total des malades qui ont été traités dans le service au nombre de 1100 environ, que les tuberculoses locales y figuraient pour un chiffre de plus de 125 (1).

Sur 179 observations recueillies dans le service des hommes et 31 dans le service des femmes, soit un total de 210, les observations de tuberculose chirurgicale sont au nombre de 35.

Notre cher maître le professeur Le Fort a pratiqué, dans le courant de cette année (1er février 1888 au 1er février 1889), 110 grandes opérations et 127 petites, dont 24 grandes opérations pour tuberculose, et 32 minimes pour le même sujet, c'est-à-dire un total de 56 opérations sur 237, chiffre considérable par conséquent, les opérations de chirurgie étrangères à notre sujet restant alors au nombre de 181.

Voici l'énumération de ces opérations

Service de M. le professeur Le Fort (*hôpital Necker*).

Opérations pratiquées du 1er février 1888 au 1er février 1889, pour tuberculoses chirurgicales.

Grandes opérations :	Résection du genou.....	1
	— du coude.....	1
	— de l'humérus.....	1
	— de côtes	6

(1) Quelques notes incomplètes ne nous permettent qu'une approximation.

	Amputation Le Fort	1
	— de cuisse	1
	— de jambe.....	6
	— de l'avant-bras.....	1
	Résection mét, ph. du gr. orteil.	1
	Amputation de doigt.....	1
	Grattage du péroné.....	1
	Trépanation de l'os iliaque	1
	Castrations	2
	Total.....	24
Petites opérations :	Incisions de trajets fistuleux....	5
	— d'abcès froids.....	4
	— de synovites.....	5
	Extirpations de ganglions.....	2
	Curage de ganglions.....	1
	Grattages d'ostéite.....	8
	Fistules anales tub.....	7
	Total.....	32

C. — Statistique du service de M. le professeur Verneuil. (*Pitié* 1889.) (*Hôtel-Dieu* 1889-1890.)

Enfin nous avons eu en 1889 le bonheur d'être l'interne de M. le professeur Verneuil, et ce nous est une douce tâche de faire remarquer que ce maître bienveillant ayant bien voulu nous garder près de lui après la fin de notre internat, les chiffres que nous avons recueillis portent sur un intervalle de 13 *mois*, du 1er février 1889 au 1er mars 1890. Les observations dont son service abonde sont tellement nombreuses, que nous avons dû y faire un choix et que nous avons assigné à la plupart des observations le terme du 1er mars 1890 pour les comprendre dans notre thèse, la nécessité s'imposant de fixer une limite précise à notre recueil de documents.

Nous avons égaré quelques-unes des notes qui nous eussent permis, comme dans les précédents services, d'établir la proportion exacte de tuberculoses soignées dans les salles au moment de notre arrivée et de notre départ. Nous n'avons retrouvé que le chiffre de 31 malades couchés dans les lits confiés à nos soins, chiffre dans lequel les tuberculeux entraient dans la proportion de 7.

A l'école de M. le professeur Verneuil, constamment approuvé par notre maître et encouragé par sa bienveillante indulgence, nous avons établi un dossier de 492 observations (327 hommes et 165 femmes), donnant un contingent de 73 nouvelles observations à nos études sur la tuberculose chirurgicale.

M. Verneuil, avec l'activité qu'il déploie dans son enseignement et dans sa pratique hospitalière, a, quelquefois suppléé par son élève et notre excellent maître Ricard, pratiqué 327 opérations, dont 22 opérations importantes et 53 interventions simples pour tuberculoses locales, le total des grandes opérations du service étant de 115, et celui des petites de 212, y compris, ainsi que nous l'avons dit, les interventions de petite chirurgie pour tuberculoses locales.

Voici comment se décompose le chiffre total des interventions pour tuberculoses chirurgicales.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL (1889-1890).
(*Hôpital de la Pitié et Hôtel-Dieu*).

Opérations pratiquées du 1er février 1889 au 1er mars 1890, pour tuberculoses chirurgicales.

GRANDES OPÉRATIONS

Résection de l'épaule	2
Résection du coude	1
Résection des côtes	3
Résection sterno-claviculaire	1

Curage de tumeur blanche du carpe	1
Amputation de cuisse	1
Amputation de jambe	1
Amputation du bras	1
Amputation du 5e métacarpien	2
Trépanat. de l'apoph. mastoïde	2
Ponctions et lavages articulaires	1
Extirpation de kyste poplité tuberculeux	1
Incision de ganglions iliaques profonds	1
Destruct. du testicule au thermo-cautère	3
Incision de ganglions inguino-iliaques	1
TOTAL	22

PETITES INTERVENTIONS

Injections d'éther iodof. dans des ganglions	3	(1)
— dans des abcès	10	
Incisions d'abcès froids	3	(2)
Incisions d'abcès péri-articulaires	1	
Incisions de synovites fongueuses	4	
Incisions d'abcès ganglionnaires	1	
Extirpation de ganglions	1	
Incis. au thermo de fistules anopérinéales, abcès tub.	21	
Curage de fistule tub. de l'anus	1	
Grattages d'ostéite	5	
Redressement d'ankyloses	3	
Total	53	

(1) Ces injections, qui sont d'une pratique courante et banale dans le service, sont excessivement nombreuses. Trois seulement ont été notées en raison du volume considérable des ganglions.

(2) Nous ferons dès maintenant remarquer que depuis l'emploi des injections d'éther iodoformé, l'incision des abcès froids est exceptionnelle dans le service de M. le professeur Verneuil.

D — Statistique générale des quatre services

	Observations recueillies.	Tuberculoses chirurgicales.
Service de M. Humbert..	523	41
Service de M. Polaillon.	981	109
Service de M. Le Fort..	210	35
Service de M. Verneuil..	492	73
	2206	258

A quelles variétés de tuberculoses, et à quel siège correspondent ces 258 malades (nous y joignons 2 observations de tuberculose mammaire, non comprises dans la statistique ci-dessus, ce qui porte à 260 le nombre des malades atteints de tuberculose chirurgicale que nous avons observés)?

Variété de tuberculose chirurgicale.	Nombre de cas	*Nombre d'intervent. chirurgical.*
Ganglions tub. supp. ou non.	63	52
Tub. cut. gommes, abcès froid.	14	11
Fist. ano-périnéales tubercul.	29	24
Tuberculose mammaire.	2	1
Testicules tuberculeux.	30	12
Divers.	6	3
Ostéites omoplate.	13	9
— humérus.		
— main.		
— ischion.		
— fémur.		
— malléole externe.		
Carie du rocher.	6	5
Tuberculose costo-sternale.	15	9
Empyème-Estlander.	7	7
Tuberc. articul. épaule.	4	4
— — coude.	5	4
— — main.	4	3
— — spina ventosa.	2	0
— — coxalgie.	16	5+11 redress. et appar.
— — genou.	14	6+ 8 redress. et appar.
— — pied.	9	6+ 3 appareils.
Mal de Pott.	16	7
Synovites de la main.	7	6
— du pied.		
Total.	262	Total. 174 intervent. et 22 appar.

En résumé, le bilan thérapeutique de ces 262 malades se résume :

174 interventions ;
22 redressements et appareils ;
66 cas où l'on a employé la médication pharmaceutique ou les topiques.

262

Nous confondons par conséquent dans ce chiffre les grandes opérations et les interventions légères, car si le pronostic varie en ce qui concerne les améliorations et les guérisons locales pour les unes et les autres, il n'en est plus de même des complications graves, celles-ci ayant été observées, par nous et nombre d'auteurs, à propos des moindres traumatismes opératoires (uréthrotomie interne, fistule à l'anus, abcès du sein, etc...). Nous confondons aussi la pratique de nos quatre maîtres d'internat, et dans ces résultats sont compris non seulement les leurs propres, mais encore ceux des chirurgiens qui les ont suppléés, M. Kirmisson (Necker), M. Ricard (Pitié 1889, Hôtel-Dieu). Nous discuterons plus loin, à propos de chaque variété de tuberculose, les résultats fournis par les divers genres d'interventions. Pour le moment, nous n'établissons par conséquent pas de division entre la pratique notablement différente des chirurgiens dont nous avons été l'interne.

Donc le traitement, expectation et intervention comprises (174 interventions, 22 appareils, 66 cas d'expectation ou d'application de topiques), nous a donné les résultats immédiats suivants, que l'on comparera avec fruit à la statistique plus complète que nous donnons d'autre part (page 196.)

Guérison	86
Amélioration	92
État stationnaire	56

Aggravation locale.....	8
Aggrav. de l'état général.....	17
Mort de tuberculose pulmonaire.....	8
Généralison. Granulie. Méningite.....	6
Malades restés en traitement à l'hôpital.....	3
	276 (1)

en chiffres plus simples, et, pour employer les termes de notre maître (*Congrès de chirurgie* 1889) :

Résultats bons 178 (dont 92 médiocres.)
— nuls 56
— mauvais 39 (dont 14 morts).

Si nous examinons dès maintenant ces résultats, nous sommes amené à conclure : 1° qu'ils sont *relativement* favorables, 2° qu'il existe encore cependant *une proportion notable d'accidents et même de cas de mort*. En réalité, 8 sont imputables à l'état antérieur des sujets ; 6 paraissent dépendre directement du traumatisme opératoire.

Il est également intéressant de rechercher d'une façon générale quelle relation existe entre le résultat de l'opération, suivant que celle-ci est grave ou bénigne (intervention minimum), complète ou incomplète (ce paragraphe intéresse plutôt les résultats éloignés), pratiquée chez un sujet atteint ou non de lésions pulmonaires : c'est ce que nous avons essayé de faire plus loin.

(1) Nous avons dit ailleurs que ce chiffre est supérieur à celui des malades observés, parce que le même malade peut, dans des cas peu nombreux, figurer à la fois dans deux colonnes différentes : état local et général, par exemple.

CHAPITRE II

Doit-on opérer les tuberculeux ?

La question de l'intervention dans les affections tuberculeuses se posant au chirurgien, il y a une distinction à faire entre les interventions chez les tuberculeux, c'est-à-dire chez les sujets dont les lésions pulmonaires ne sont pas douteuses, et celles qui ont lieu chez les non tuberculeux, nous voulons dire chez ceux qui ne présentent pas de signes généraux ou stéthoscopiques suffisants pour nous faire affirmer la tuberculose.

En d'autres termes, les trois problèmes qui se posent sont les suivants :

1° Doit-on opérer un tuberculeux pour tuberculose locale?

2° La tuberculose locale doit-elle être opérée en tant que tuberculose et son exérèse prévient-elle l'imprégnation générale?

3° Ou bien, au contraire, cette tuberculose localisée n'est-elle que l'indice d'une tuberculose déjà généralisée mais sans localisation appréciable?

A la première question : Doit-on opérer un tuberculeux pour tuberculose locale ? nous répondrons d'abord, car elle est facile à résoudre ; oui, sans doute, puisque le chirurgien sait son malade tuberculeux, il n'opère plus ce malade que pour le débarrasser d'une source de gêne ou de débilitation, sans aucun espoir de guérir les lésions plus générales de la tuberculose pulmonaire.

Il ne s'agit plus ici de guérir un tuberculeux, puisque la tuberculose plumonaire est au moins jusqu'alors sans spéci-

fique connu (?) : il ne reste plus qu'à étudier l'influence que peut avoir sur l'évolution du processus morbide l'intervention opératoire, influence qui peut se réduire à trois termes : *amélioration*, *aggravation*, *maintien du statu quo*. Nous verrons au cours de ce travail que l'amélioration est la règle, si l'on supprime chez un malade un foyer de rétention ou de suppuration qui l'affaiblit, l'un par résorption de matériaux septiques, l'autre par déperdition ; que l'aggravation et surtout son terme ultime, c'est-à-dire le coup de fouet fatal, peuvent être très atténués grâce à quelques soins spéciaux ; enfin que le maintien du *statu quo* est en somme l'exception, si le malade est abandonné à lui-même après l'opération, ce maintien de l'état actuel devant être regardé comme une suite plutôt favorable dans la plupart des cas.

Au cours de ce travail, nous plaçons dans des chapitres spéciaux un nombre assez considérable d'observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

Nous ne pourrons d'ailleurs répondre affirmativement à cette question qu'au moment de formuler nos conclusions, c'est-à-dire lorsque nous aurons constaté l'état actuel des malades que nous recherchons.

Leroux (1) a aussi, dans sa thèse, touché cette question des relations de l'intervention avec la tuberculose pulmonaire, ainsi qu'en font foi les nombreuses observations extraites de sa thèse, que nous publions, et il conclut, d'une façon générale :

Que la mort après l'opération est d'autant plus à craindre que les lésions sont plus avancées ;

Qu'elle survient d'autant moins souvent qu'on se rapproche plus du début de l'infection pulmonaire.

En effet, la date du début de la phtisie pulmonaire a une importance considérable pour établir le pronostic, suivant qu'elle succède à l'opération ou la précède, et l'on peut, à

(1) Thèse de Paris, 1879.

l'exemple de cet auteur, diviser les patients en trois catégories :

1° État général peu grave (*pronostic bon*) ;

2° État général mauvais (*pronostic variable*) ;

3° État général très mauvais (*pronostic grave*).

Mais il ne faut pas oublier qu'alors même que les lésions sont peu avancées, elles peuvent subir, à la suite de l'intervention, une poussée subite qui du tuberculeux à la première période d'hier, en fait un cachectique demain. Aussi y a-t-il lieu de modifier ce que nous disons quelques lignes plus haut du pronostic, et de le qualifier de variable dans les deux premiers cas.

Mais, quoi qu'il en soit, nous ne partageons nullement l'avis des auteurs anciens qui, comme Boyer, Velpeau, Gerdy, Malgaigne, pensaient qu'il fallait attendre le commencement de l'hecticité pour intervenir. C'est cette attente qui peut expliquer les assertions de Paquet, qui, dans son étude sur les tumeurs blanches (*thèse de* 1867), cite, parmi 14 cas d'amputation, 2 amputations chez des phtisiques, ayant donné 2 morts.

En Angleterre, dit Leroux, on est plus favorable à l'intervention, car bien que Holmes, dans sa *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, croie les succès non durables, M. James Paget, frappé de l'amélioration de l'état général qui suit les opérations (*Clinique chirurgicale*, p. 39), est disposé à intervenir, à l'opposé de Billroth, cité par Eulenburg (*Archives de Langenbeck*, t. VII, p. 618), qui regarde l'opération comme contre-indiquée par la matité des poumons, opinion qui trouve un écho chez Brych (*Archives de Langenbeck*, t. XIII, p. 213). Konig est moins affirmatif (*Archives de Langenbeck*, t. IX, p. 177) et ne croit l'opération contre-indiquée que si les lésions sont très avancées.

Nous ne saurions trop multiplier les exemples qui abondent dans notre thèse, pour bien prouver par des faits que la confiance dans la thérapeutique médicamenteuse n'exclut

nullement l'idée d'intervention chirurgicale dans l'idée de celui même qui en a voulu la « démocratisation ». Nous avons déjà, à plusieurs reprises, parlé des résections et des grattages. En voici un nouvel exemple, d'autant plus intéressant qu'il y a déjà eu récidive, le malade ayant été déjà antérieurement traité pour la même affection. Il s'agit d'un tuberculeux qui a déja subi un grattage, puis l'extirpation d'un séquestre, et présente enfin des trajets fistuleux au niveau de l'articulation sterno-claviculaire ; il y a suppuration abondante, c'est-à-dire source d'épuisement dont il faut le débarrasser. M. Verneuil fait remarquer, dans sa *Clinique du 3 avril* 1889, que l'opération de choix dans ce cas est la résection sterno-claviculaire : c'est donc un exemple d'opération complète, faite, de parti pris, chez un tuberculeux, pour remédier à un foyer local de suppuration, et, par suite, à la déperdition qui peut en résulter pour l'organisme. Mais il y aura lieu de songer à l'état pulmonaire du sujet et d'instituer au plus tôt, en faveur de l'état général et pour prévoir la récidive, le traitement général pendant et après l'acte chirurgical.

CHAPITRE III

Doit-on considérer les tuberculoses chirurgicales comme des tuberculoses locales ou comme des manifestations locales d'une infection générale ?

A. — Partie expérimentale

Avant d'étudier ce qui se passe chez l'homme pour résoudre la question que nous inscrivons en tête de ce chapitre, il y a lieu d'étudier les résultats de l'expérimentation.

Ce sont ces expériences qu'a entreprises M. le professeur Jeannel, de Toulouse, dans une série de recherches faites d'abord en collaboration avec M. Laulanié, et publiées dans les *Annales de la Tuberculose,* sous le titre « *Tentatives expérimentales sur la guérison de la tuberculose* », expériences sur lesquelles il est revenu dans un deuxième travail qui a pour titre « *Nouvelles recherches expérimentales sur la tuberculose et sa curabilité.* »

Dans la première série des expériences sur laquelle nous reviendrons plus loin à propos de la valeur antibacillaire de l'iodoforme, M. Jeannel fait une expérience intéressante au point de vue de l'extirpation des tuberculoses locales. C'est de ce fait que nous nous occuperons, puisqu'il a directement trait à notre sujet.

M. Jeannel injecte dans le tissu conjonctif sous-cutané de l'oreille d'un certain nombre de lapins un liquide dans lequel on a broyé les produits d'une tuberculose pulmonaire du bœuf. Au 6e jour il voit apparaître une adénite préauriculaire, et il se préoccupe alors de savoir : 1° si cette adénite est spécifique ou inflammatoire; 2° dans le cas où elle serait spécifique, si l'extirpation du ganglion modifierait la marche de la

tuberculose, en d'autres termes, si l'adénite témoignerait d'une infection encore locale ou déjà générale.

Il injecte alors à un lapin : 1° les produits du ganglion préauriculaire d'un des lapins de la 1re série (expérience qui doit démontrer si le ganglion est tuberculeux) ; 2° le sang d'un des lapins présentant une adénite (expérience devant prouver la localisation ou la généralisation de l'infection). La mort prématurée des animaux ne permet pas à l'auteur de tirer de son premier travail des conclusions bien précises, mais le problème est posé et la direction à donner à l'expérimentation est nettement indiquée.

Cependant il semble en résulter d'ores et déjà que l'*extirpation de l'adénopathie secondaire à la lésion locale développée au point d'inoculation, ne saurait suffire à arrêter la marche de la tuberculose.* Cependant le sang d'un lapin inoculé n'était pas virulent le 8e jour après l'inoculation.

Dans son second mémoire, M. Jeannel aborde deux questions importantes, qui forment le fond même de la question à laquelle nous apportons aujourd'hui une contribution clinique.

« Si la tuberculose inoculée, dit le professeur de Toulouse, reste un certain temps une lésion purement locale, on peut espérer prévenir l'infection générale par un traitement local énergique, capable de détruire le virus avant sa généralisation; on peut encore s'efforcer de rendre l'organisme réfractaire à la culture du virus par un traitement général institué pendant tout le laps de temps nécessaire à l'inoculation locale de ce virus.

Si, au contraire, la tuberculose devient générale presque aussitôt après l'inoculation, il ne faut plus songer à prévenir la généralisation, mais bien à guérir la maladie généralisée .»

M. Jeannel fait remarquer que « l'apparition des tubercules dans les poumons est, il est vrai, le signal de la localisa-

tion de l'infection générale dans les viscères », mais pour en être la première manifestation, elle ne dit nullement le jour et l'heure où cette infection s'est réalisée. En effet, *les localisations viscérales de la tuberculose se font sans doute par un mécanisme identique à celui des localisations extérieures, et la tuberculose pulmonaire est une tuberculose localisée comme la tuberculose articulaire expérimentale de Schüller.* En un mot, la tuberculose inoculée est latente avant d'être viscérale.

Déjà Arloing avait prouvé dans un « Essai sur la différenciation expérimentale de la scrofulose et de la tuberculose humaine » (*Revue de Médecine*, 10 février 1887), que les lésions apparaissent au niveau du point inoculé, ensuite aux viscères, poumons, plèvre, etc., sans adénopathie intermédiaire ; parfois même que le tubercule initial fait défaut au niveau du point inoculé ; et d'ailleurs M. Jeannel fait la même constatation, que l'adénite, apparaissant au 4e jour, ne saurait donner d'indications sur le moment de la généralisation, celle-ci étant un fait accompli au moment où apparaît l'adénite. Tous ces faits tendent donc à prouver que la marche de la tuberculose expérimentale est la suivante :

1er stade. Localisation au point inoculé (tubercule local initial).

2e stade. Généralisation latente.

3e stade. Localisation périphérique (ganglionnaire, etc., tuberculoses localisées), sans qu'il soit possible d'assigner une date précise au passage de l'un à l'autre stade, le temps nécessaire pouvant dépendre d'ailleurs (expériences de Chauveau) du lieu d'inoculation, du mode d'inoculation (péritoine-tissu sous-cutané), de la dose de virus inoculé, etc., et aussi des conditions de résistance de l'animal.

M. Jeannel s'est encore efforcé de combler cette lacune en instituant les expériences suivantes : 17 lapins sont inoculés

au niveau de l'oreille gauche avec les produits de raclage d'un poumon de vache tuberculeuse.

On ampute l'oreille de chacun de ces lapins à 3 ou 4 cent. du point d'inoculation, à 24 heures d'intervalle, et on attend les constatations de l'autopsie.

Sept lapins meurent non tuberculeux, dix étaient tuberculeux au moment de la mort, celle-ci devant être souvent imputée à des accidents de laboratoire tout à fait étrangers à l'infection tuberculeuse.

Les lapins amputés pendant les quatre premiers jours offrirent des lésions de tuberculose très discrète.

Dans une seconde série d'expériences suivant la même technique expérimentale, M. Jeannel constata la tuberculose chez 4 animaux en expérience et l'absence de tuberculose chez 6 autres ; enfin dans une 3e série, les 3 lapins mis en expérience furent trouvés tuberculeux.

La conclusion à en tirer, suivant l'auteur, est donc que : « A la suite de l'inoculation de la tuberculose par injection sous-cutanée d'une parcelle de poumon tuberculeux, la maladie a cessé d'être locale, c'est-à-dire que l'infection générale est déjà réalisée au bout de 24 heures, peut-être au bout de quelques heures. »

Ce fait confirme donc pour la tuberculose ce que Renault avait déjà observé pour d'autres maladies virulentes, à savoir que l'infection de la morve était déjà généralisée au bout d'une heure, au bout de 5 minutes pour la clavelée.

M. Jeannel institua alors une dernière série d'expériences où l'oreille fut amputée 5, 6, 10, 15 et 20 minutes après l'inoculation.

Le résultat fut qu'un lapin amputé 5 minutes après l'inoculation reste indemne, tandis qu'un lapin amputé 10 minutes après l'inoculation devient tuberculeux.

Il devient, dans ces conditions, difficile d'expliquer pourquoi le sang d'un animal auquel on a depuis peu inoculé la tuber-

culose reste non inoculable : M. Jeannel y voit une question de dilution du virus ; la chose est possible, mais nous resterons sur la réserve à cet égard jusqu'à ce que de nouvelles expériences aient fait la lumière sur ce point.

B. — Partie clinique

Après la lecture et l'étude de ces expériences intéressantes et si ingénieusement instituées, nous aurions voulu porter les résultats fournis par l'expérimentation sur le terrain de la clinique et les comparer avec ce que nous avons pu voir dans les hôpitaux. Mais nous ne connaissions à ce moment que fort incomplètement les recherches de M. Jeannel. Cet auteur, qui semble avoir prévu tout le parti que l'on peut tirer des expériences entreprises par lui, va, dans son mémoire, au-devant de notre désir, et il fait lui-même cette comparaison. Les quelques pages qu'il a écrites sur ce sujet sont l'expression fidèle des idées que nous avait suggérées le résumé des expériences de M. Jeannel que nous avait indiquées notre maître ; aussi nous les transcrivons en entier, car elles contiennent plus d'un enseignement.

« Je ne voudrais pas me laisser séduire par la tentation d'attribuer aux expériences qui précèdent une conséquence doctrinale trop importante. Je sais, du reste, qu'il serait dangereux de conclure fermement du lapin ou du cobaye à l'homme et d'admettre qu'il en est de celui-ci exactement comme de ceux-là ; c'est-à-dire que la tuberculose inoculée à l'homme est, comme la tuberculose inoculée au lapin, généralisée, ou en d'autres termes a infecté l'organisme, au bout de 10 minutes, ou encore que le bacille de la tuberculose se trouve dans le sang 4 jours après l'inoculation. Toutefois, s'il n'est pas permis d'indiquer d'une façon précise le temps nécessaire à la généralisation d'un virus inoculé à l'homme, ni de dire exactement au bout de combien de jours le

bacille se trouve dans le sang de l'homme inoculé, il est assurément très légitime d'affirmer, en se fondant sur les analogies constantes qui existent entre la physiologie pathologique des maladies virulentes chez l'homme et la physiologie pathologique des mêmes maladies chez les animaux, que la généralisation de la tuberculose inoculée est certainement très rapide chez l'homme, que c'est une question d'heures au minimum, de quelques jours au maximum, et même que la présence du bacille dans le sang est assurément très précoce.

Cette conclusion, étant admise comme conséquence des expériences que je viens de relater, me paraît importante au point de vue de la pathologie générale des tuberculoses chirurgicales.

Les tuberculoses chirurgicales sont en effet dites locales ou localisées. Cette division mérite d'être conservée, mais elle doit être commentée.

Il ne faut considérer sous le nom de tuberculoses locales que celles qui résultent d'une inoculation directe. Quelle que soit la porte d'entrée, au point où il est déposé le bacille venu de l'extérieur pullule et détermine une lésion locale qui est bien le fait de l'inoculation elle-même. Mais pour être un des plus précoces résultats de l'inoculation, cette tuberculose locale n'en est ni le seul, ni le premier, ni le plus important. En effet, la tuberculose ne reste, à proprement parler, locale que pendant un laps de temps très court ; le bacille inoculé pullule et se laisse absorber et entraîner dans la circulation, où il habite, déterminant un véritable *parasitisme microbique latent*. Au bout de 10 minutes chez le lapin, au bout d'un temps qui ne sera jamais expérimentalement fixé chez l'homme, mais qui certainement est court, ce parasitisme latent est réalisé ; on peut alors supprimer chirurgicalement la tuberculose locale développée au point inoculé ; *on guérira une lésion locale, on n'empêchera pas la tuberculose généralisée latente de se manifester ultérieure-*

ment. Mais alors ces manifestations ultérieures ne seront plus des tuberculoses locales, ce seront des tuberculoses localisées, et ces localisations se feront sur tous les lieux de moindre résistance qu'offrira l'organisme infecté.

Ou je m'illusionne absolument, ou bien cette donnée de la généralisation si rapide du virus inoculé et de la virulence précoce du sang de l'animal inoculé peut être considérée comme la démonstration expérimentale du parasitisme microbique latent, cliniquement deviné et décrit par mon très vénéré maître M. le professeur Verneuil.

En effet, pour ne parler que du lapin, puisque la démonstration expérimentale fait et fera toujours forcément défaut pour l'homme, un espace de temps considérable et variable sépare le moment où la généralisation du virus inoculé est réalisée et le moment où apparaît le premier tubercule dans les viscères : cet espace de temps mesure la période du parasitisme microbique latent, bien réellement latent. Je montrerai plus loin que, dans le cours de toutes mes expériences, c'est du 21e au 31e jour, suivant le mode d'inoculation sans doute, que les premières lésions tuberculeuses ont été trouvées, à l'autopsie ; en d'autres termes, que chez le lapin le parasitisme microbique tuberculeux reste latent, après l'inoculation d'un virus puissant à un animal sain, pendant 20 ou 30 jours. N'est-ce pas démontrer que la période d'incubation de la tuberculose n'a rien de fixe et faire prévoir que l'intervention d'une cause étrangère créant un lieu de moindre résistance est nécessaire pour localiser la maladie latente? J'espère du reste pouvoir donner un jour la preuve expérimentale de cette déduction théorique. Mais quelle que soit la raison de la localisation, la période de temps qui s'écoule entre le moment de la généralisation et le moment de l'apparition du premier tubercule, est bien une période de parasitisme microbique latent, puisque le sang est virulent bien avant l'époque de la première éruption tuberculeuse.

Au point de vue clinique, la portée des deux expériences qui précèdent me paraît encore considérable.

On a lu, dans le premier fascicule de ce recueil (1), l'important mémoire de M. le professeur Verneuil et de son élève, M. Demars, sur la généralisation tuberculeuse après ablation d'un tubercule initial (page 238). Il est non pas constant, mais fréquent d'observer la généralisation rapide du tubercule après des opérations destinées à combattre ou à supprimer une tuberculose localisée. Tel est le fait qui ressort à l'évidence des observations de MM. Demars et Verneuil.

Pourquoi ? Tel est l'inconnu ; rien d'ailleurs ne permet de prévoir l'explosion d'une tuberculose généralisée, chez tel opéré plutôt que chez tel autre ; rien n'annonce le danger, ni la variété, ni la marche de la tuberculose localisée, ni l'état du malade avant l'opération, ni la nature de l'opération pratiquée. L'imminence, comme le dit M. Verneuil, est à peu près la même pour tous les cas, qu'ils soient graves ou légers.

Cependant M. Verneuil cherche à expliquer la pathogénie des accidents comme il suit :

« Voici, dit-il (page 295), ce qui se passe. Comme on opère sur un foyer contaminé, c'est-à dire sur une région occupée par une tuberculose osseuse, articulaire, séreuse, ganglionnaire, etc., il y a grande chance pour que les accidents résultent d'une auto-inoculation partie de ce foyer morbide, c'est-à-dire d'une colonisation centripète; en effet les microbes captifs *loco dolenti*, étant mis en liberté par le traumatisme, pénètrent dans le torrent circulatoire et vont s'arrêter en divers organes : méninges, poumons, séreuses,etc., où ils forment des dépôts secondaires plus ou moins nombreux et importants. »

Cette auto-inoculation est assurément possible; elle ne saurait cependant être invoquée dans tous les cas. En effet, parmi les observations relatées par M. Verneuil, il en est où

(1) *Études sur la tuberculose*, fascicule I, page 238.

des précautions ont été prises, étant donné la technique chirurgicale actuelle, involontairement peut-être, mais efficacement à coup sûr, contre l'auto-inoculation ; il en est d'autres où, par la nature même de l'opération, l'auto-inoculation était impossible ; qu'il y ait eu auto-inoculation dans le cas de grattage ou d'extirpation de ganglions, de résection de l'épaule, ou de redressement de coxalgie, cela est assurément très admissible, puisque dans les mêmes conditions l'auto-inoculation septique se produit fréquemment et se démontre soi-même par la fièvre d'inoculation qu'elle provoque...

Comment encore l'auto-inoculation pourrait-elle suffire à expliquer les deux premières observations de M. Demars, où une tuberculose *pulmonaire* rapide a fait explosion après la castration pratiquée pour une tuberculose testiculaire ?

J'avoue donc mal comprendre par l'auto-inoculation l'explosion d'accidents généraux à la suite de l'intervention chirurgicale la mieux réglée chez un tuberculeux. Voici du reste la théorie que je propose, en m'appuyant sur mes expériences.

L'inoculation de la tuberculose a pour double conséquence :

1° Le développement, non pas nécessaire, mais ordinaire d'une tuberculose locale, au point inoculé ; 2° l'infection rapide, presque contemporaine à l'évolution de la lésion locale, de l'organisme entier ; 3° la localisation plus ou moins retardée sur un lieu de moindre résistance quelconque, de la tuberculose généralisée. Mais cette localisation de la tuberculose généralisée n'épuise pas celle-ci ; elle en est le témoignage, l'expression momentanée ; elle n'en arrête pas l'évolution. Elle peut l'aggraver, en ce sens qu'elle devient une culture de milieu choisi, où le microbe pullule et se régénère pour aller de nouveau infecter l'organisme et, à proprement parler, intensifier la tuberculose généralisée déjà réalisée ; mais vient-elle à disparaître par suite d'une action

chirurgicale, il ne s'ensuit pas que la tuberculose généralisée primitive dont elle est l'expression soit également supprimée ; il s'ensuit au contraire que, par le fait même du traumatisme, de la dyscrasie traumatique, si je puis m'exprimer ainsi, d'une part, les lieux de moindre résistance se multiplient, d'autre part, le milieu sanguin devient un milieu de culture plus apte à la pullulation du microbe.

Ai-je à prouver ici l'existence de l'état traumatique et de la dyscrasie traumatique? Je ne le pense pas, car personne ne saurait contester qu'un blessé, même en dehors de toutes les complications qui en font un malade, est en dehors de l'état physiologique. La preuve en est dans les rappels de diathèse survenant à la suite des traumas les plus simples, évoluant le plus simplement possible. Au surplus, le mécanisme des soi-disant généralisations de la tuberculose, et je préférerais, quant à moi, dire le mécanisme des intensifications de la tuberculose généralisée, à la suite d'interventions chirurgicales destinées à supprimer des tuberculoses localisées, est le même que celui de tous les rappels de diathèse.

Pourquoi un tuberculeux voit-il sa tuberculose donner lieu à des manifestations viscérales aiguës et multiples, cérébrales, pulmonaires ou autres, à la suite d'un trauma qui supprime l'une des manifestations de la tuberculose elle-même ? Parce que la dyscrasie traumatique donne au milieu sanguin des qualités qui le rendent apte à la pullulation du bacille. La preuve semble en être donnée par les faits si remarquables de traitement pré-opératoire relatés par M. Verneuil.

On objectera peut-être que, s'il en est ainsi, tout tuberculeux opéré sans traitement pré-opératoire devrait être atteint de tuberculose viscérale aiguë. Je crois, en vérité, que la menace est réelle, c'est-à-dire que tout tuberculeux opéré est menacé de généralisation viscérale; mais je pense que, pour que la menace devienne réalité, il faut que les viscères

soient antérieurement malades, c'est-à-dire possèdent les qualités d'un lieu de moindre résistance..... »

Après la lecture de ces expériences et de ces remarques, on avouera que la confiance que pouvait inspirer au début l'idée de l'éradication totale du mal par l'ablation du tubercule est bien ébranlée. Nous connaissons cependant des cas où le fait ne paraît pas douteux, celui par exemple que raconte fréquemment M. Verneuil, à propos du tubercule qu'il contracta, ainsi que Maisonneuve, pendant des exercices de médecine opératoire; quelques faits de castration suivis d'une guérison totale : mais encore ferons-nous remarquer qu'au cas de Verneuil on pourrait opposer le cas de Laënnec, qui fut aussi infecté ; le cas encore d'un jeune médecin qui devint aussi tuberculeux, triste histoire que notre maître rapportait à l'Académie en 1884.

Ainsi que nous nous proposions de le faire remarquer, et comme l'avait déjà indiqué M. Jeannel, le fait même de la généralisation après une intervention locale qui tendrait à démontrer une auto-inoculation, n'est pas à l'abri de toute critique. Auto-inoculation, oui, s'il s'agit d'un abcès, d'un grattage, d'un ganglion. Le virus est là dans une coque limitée, le trauma ouvre la porte, et il pénètre dans l'organisme; mais s'il s'agit d'une amputation à distance, que devient l'action mécanique locale? Le poison n'est-il pas dans l'organisme, puisqu'on n'a point touché au foyer local de colonisation bacillaire ?

Le fait même de ces récidives interminables, dont nous rapportons de trop nombreux exemples, qui ont souvent conduit les malades à subir trois et quatre amputations successives, ne montrent-elles pas encore l'infection générale?

Si l'on s'attaque aux ganglions, on n'a affaire qu'à l'adénopathie secondaire, la porte d'entrée ayant le plus souvent passé inaperçue; si on enlève le ganglion, il n'en reste pas moins (en admettant que tous les ganglions aient été

enlevés) une infiltration tuberculeuse des vaisseaux voisins.

Nous voilà loin de la conception des tuberculoses locales, et après avoir tour à tour examiné des opinions si contraires, il faut résumer les arguments qui plaident pour ou contre les tuberculoses dites à début local.

En faveur de la localisation nous trouvons :

1° Quelques cas heureux d'intervention dont les observations sont parfois trop concises ;

2° Quelques faits expérimentaux épars au milieu de faits contraires ;

3° Quelques faits de guérison, chez l'homme, de tuberculose cutanée dont la nature bacillaire n'est pas absolument prouvée ;

4° Le fait de l'explosion de la généralisation après l'intervention dans un foyer local, qui équivaudrait à une inoculation (nous avons vu M. Jeannel discuter cette opinion) ;

5° La guérison fréquente des tuberculoses locales de l'enfance.

D'autre part, en faveur de la réalisation de l'infection générale antérieure à la localisation en foyer, nous trouvons :

1° Les expériences de M. Jeannel ;

2° Les récidives multiples et consécutives ;

3° La généralisation après opération à distance du foyer local ;

4° L'échec des extirpations d'adénopathie (qui ne seraient qu'une localisation de l'infection générale) ;

5° L'analogie avec les autres maladies générales infectieuses.

Ce que l'on tente en faveur de la tuberculose locale, n'est-ce pas la même question qui a provoqué autrefois de vives querelles à propos du chancre syphilitique? Tant que celui-ci a été considéré comme l'accident primitif, on a pu se flatter d'obtenir chirurgicalement la guérison de la syphilis par l'excision du chancre.

C — Comparaison de la tuberculose et de la syphilis

Ainsi que nous cherchons à le démontrer, ces recherches ont, avec la question qui nous occupe, la plus étroite analogie, car, tandis que Leloir, Chadzynski, Kœlliker, Auspitz et Unna, Ravogli, Vieller, voyant dans le chancre l'accident primitif, concluaient à la prophylaxie par l'éradication du chancre, Mauriac, Horteloup, Bertheluz Hill, pour ne citer que les auteurs les plus récents, pensaient que, le chancre apparu, il était trop tard et que la syphilis était constituée, et déclaraient sans effet l'excision de ce dernier. Entre eux M. Fournier ne concluait pas et restait dans le doute.

En présence d'assertions si contraires, nous avions voulu, alors comme aujourd'hui, nous faire une opinion par l'expérience, et, dans les recherches publiées dans la *Gazette médicale* de 1888 (pages 365, 375, 387, 402), nous posions en principe : 1° que l'idée de l'excision est rationnelle, 2° qu'elle est souvent applicable, 3° que quelques règles présidaient à cette excision.

10 observations inédites suivaient, opérations provenant du service de M. Bazy, qui s'était associé à nos recherches ; 5 malades revus, dont 4 avec des accidents secondaires, nous laissaient peu d'espoir si une 5e observation n'était venue confirmer la théorie. Pourquoi un succès, pourquoi quatre échecs, les malades se présentant dans des conditions à peu près identiques ? Il nous serait impossible de répondre sans faire une hypothèse et nous avions conclu :

1° Que la méthode est infidèle mais innocente ;

2° Qu'on en pouvait induire que la période de localisation de la syphilis était extrêmement courte, mais que dans certains cas, il pouvait y avoir retard de l'absorption par un état spécial des ganglions lymphatiques au moment de l'inoculation et que la phase de localisation pouvait être notablement prolongée.

En est-il de même pour les tuberculoses locales ? Nous le pensons : cela pourrait expliquer l'absence de récidive locale ou générale assez souvent observée ; cela expliquerait la série heureuse de nos hybrides syphilo-strumeux du Midi ; cela expliquerait encore la marche relativement bénigne des accidents tuberculeux chez certains diathésiques, les arthritiques par exemple, fait sur lequel M. Verneuil appelait dernièrement encore notre attention à propos de l'observation suivante.

Observation 1 (inédite). — *Tuberculose testiculaire aiguë. — Lésions prostatiques. — Suppuration. — Marche lente des accidents. — Cicatrisation spontanée des trajets fistuleux. — Hybridité arthritico-tuberculeuse.*

M. J..., entré le 2 février 1890, salle Saint-Landry (Hôtel-Dieu), service de M. Verneuil.

Mère morte de « fièvre nerveuse », elle a eu quatre enfants et douze frères et sœurs, tous morts excepté deux filles.

Père bien portant, a deux frères bien portants.

Sa sœur est malade, mais il ne connaît pas le diagnostic du médecin. Étant jeune, le malade était très chétif; il a eu souvent des éruptions furonculeuses.

Calvitie précoce à 24 ans; pas de syphilis.

Poussée de tuberculose aiguë dans le testicule gauche, le 6 février 1881. L'orchite est constitué en 24 heures. Pas de blennorrhagie; deux mois après, le testicule gauche est le siège d'un abcès. Un an plus tard le testicule droit est pris à son tour et suppure deux mois après. La suppuration des deux testicules dure six mois environ (traitement par le sirop de salsepareille ioduré pendant deux mois). Nouvel abcès qui se cicatrise dans le courant de 1885.

Pas d'antécédents pulmonaires chez le malade. État stationnaire de l'embonpoint.

Actuellement queue des épidymes très volumineuse ; trois traces cicatricielles du scrotum ; une fistulette s'ouvre encore de temps en temps à gauche. Les cordons sont sains, mais du côté de la prostate on sent deux crêtes médianes.

En août 1888, le malade s'aperçoit d'un léger épaississe-

ment du derme palmaire, qui correspond à un léger degré de rétraction aponévrotique.

En mars 1889, début du gonflement de la gaine radio-carpienne de la main gauche ; actuellement fausse fluctuation de fongosités avec frottements pendant les mouvements. Peu de gêne de ces mouvements.

Actuellement la calvitie est persistante ; aucun phénomène stéthoscopique. État général assez satisfaisant.

En résumé arthritico-tuberculeux.

Arthritisme	furonculose ; calvitie ; rétraction palmaire.
Tuberculose	testicules ; prostate ; gaines du poignet.

Pas de céphalée.
Pas d'angine.
Pas de varices.
Pas d'hémorroïdes.

(Cette observation doit être publiée avec plus de détails par M. Verneuil.)

Nos résultats, il faut bien l'avouer, ont donc été en grande partie négatifs en ce qui concerne la syphilis, et nous faisons aujourd'hui, pour la tuberculose, la confession que nous avons dû faire alors pour la syphilis : il a fallu abandonner bien des raisonnements, subir une grosse déception, constater avec quelques auteurs que, loin d'être l'accident primitif, le chancre n'est que le premier des accidents secondaires.

Pourquoi le foyer longtemps cru initial vient-il, après un stade latent de généralisation, se localiser secondairement au lieu d'inoculation primitive ? Y a-t-il un rapport entre ce processus et celui de la tuberculose ? Nous le croyons ferme - ment, au moins en ce qui concerne les tuberculoses d'origine externe.

Nous pourrions pousser plus loin l'assimilation et regarder les tuberculoses dites locales, que nous savons mainte-

nant être probablement consécutives à l'infection, comme de véritables accidents secondaires, l'accident primitif de la tuberculose, comme celui de la syphilis, ayant passé inaperçu, et dans cette hypothèse, au lieu de l'ancienne marche gravative : tuberculose locale, ganglionnaire, pulmonaire, généralisée, il faudrait renverser les termes et classer ainsi les divers degrés :

1° Tuberculose locale au point inoculé (durée minime de localisation) ;

2° Généralisation ;

3° Localisation périphérique (ganglionnaire, etc.) ;

4° Tuberculose viscérale.

Et, d'ailleurs, pourquoi la tuberculose pulmonaire n'est-elle point considérée comme une tuberculose locale ? — et toutes les tuberculoses viscérales ne sont-elles point des tuberculoses locales ? Le fait grave, la généralisation, est le fait qui passe inaperçu, parce que rien ne le démontre. Secondairement, il se révèle par un seul processus : la localisation; celle-ci peut se diviser, suivant le siège, en tuberculose périphérique et tuberculose viscérale, cette dernière survenant, au point de vue clinique parfois, au point de vue expérimental presque toujours, après la localisation périphérique et indiquant un état avancé et grave de la maladie, sans que la succession de l'une à l'autre soit fatale, la tuberculose périphérique ayant pu manquer ou passer inaperçue.

Nous voilà donc loin des tuberculoses dites locales : elles deviennent des tuberculoses périphériques à foyers localisés, et leur ablation dans ces conditions doit de nouveau être discutée.

Avant de le faire cependant, nous rapprocherons une fois de plus la tuberculose et la syphilis.

	Syphilis	*Tuberculose*
Accident primitif	Inaperçu	Inaperçu
Stade de génér. (1)	id.	id.
Déb. de la pér. second.	Chancre	Tuberc. périphér. local.
Période secondaire	Accidents secondaires	Tub. viscér. (ord^{re} pulm.)
Période tertiaire	Accidents tertiaires	Tuberculose généralisée

Cette division serait plus exacte que l'ancienne division en tuberculose générale et locale et aurait au moins le mérite de la précision.

A l'appui de notre théorie, nous pourrions d'ailleurs invoquer le travail de Vallas (Lyon, thèse de doctorat, 1887, n° 367) sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, où cet auteur tend à prouver par plusieurs observations que les tuberculoses cutanées sont toujours consécutives à une tuberculose viscérale et s'observent surtout à la période de cachexie.

(1) Nous verrons plus loin que ce stade peut être notablement retardé comme pour la syphilis (page 237).

CHAPITRE IV

La suppression des tuberculoses locales peut-elle prévenir l'infection de l'organisme? Doit-on opérer les tuberculoses locales?

Après ces longues considérations il faut conclure, et si nous avons répondu affirmativement à la question : Doit-on opérer les tuberculeux? nous avons aussi à répondre à celle-ci : Doit-on opérer les tuberculoses locales? question grave et difficile, déjà agitée en 1878, à la Société de chirurgie (voir *Bulletin* de cette époque). Lorsque les syphiligraphes s'occupèrent de l'excision du chancre comme moyen curatif de la syphilis, et qu'ils reconnurent leur impuissance, ils en vinrent à se demander si l'échec constant amenait la condamnation de la méthode, ou si cette pratique, sans donner tout ce qu'on était en droit d'attendre d'elle, ne pourrait pas être favorable au malade par l'atténuation de la marche des accidents. Ainsi que nous l'avons dit dans notre travail, la question est encore litigieuse et pourrait être reprise. Nul doute que l'on pratiquerait largement l'incision s'il était prouvé que le pronostic de l'affection en fût amélioré, et que le malade en bénéficiât de quelque façon. Nul doute encore que le médecin ait été souvent obligé d'intervenir chirurgicalement pour des localisations périphériques de la syphilis, et l'on sait que souvent M. Verneuil a pu faire remarquer à ses élèves l'inefficacité du traitement général contre quelques accidents rebelles, le rétrécissement syphilitique du rectum, par exemple, justiciable de la seule intervention.

L'analogie ou le parallèle que nous avons établi entre la syphilis et la tuberculose nous permettrait, dès maintenant, de

conclure par l'affirmative ; mais l'observation qui nous manquait sur l'allure imprimée par l'opération à la marche ultérieure de l'affection en ce qui concerne la syphilis, est chose faite pour la tuberculose et nous permet d'être catégorique. Oui, sans doute, il est de nombreux cas où l'on peut, où il faut opérer pour tuberculose externe périphérique : ce sont surtout ceux où des lésions périphériques rebelles au traitement sont une cause d'épuisement pour l'organisme ; ce sont ceux encore où par le fait du siège de leur localisation elles peuvent entraîner des accidents graves ou seulement des infirmités.

« Les tuberculoses locales sont très fréquentes, dit notre cher maître le professeur Verneuil ; quand on les abandonne à la nature, celle-ci ne fait rien pour les guérir : la thérapeutique médicale n'est guère plus efficace. Alors tout naturellement on se trouve conduit à demander secours à la médecine opératoire. Cependant comme la thérapeutique par les médicaments et l'hygiène réussit quelquefois à guérir, il y a conflit entre les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux, et voilà longtemps que dure le procès, qui n'est pas prêt d'être tranché. »

Ainsi qu'on le voit, le professeur Verneuil ne refuse pas l'intervention opératoire : il la croit souvent bonne, et nous, qui avons pendant plus d'un an suivi assidûment son service, nous savons qu'il opère souvent ces tuberculoses. Mais il a eu le mérite de jeter le cri d'alarme, non pour désarmer les chirurgiens : la prudence n'exclut point l'intervention en chirurgie.

On ne saurait donc opter pour l'un ou pour l'autre, de l'abstention ou de l'intervention à outrance. Comme notre maître, nous croyons qu'il faut être éclectique, puisque chaque cas comporte ses indications. Mais il faut bien savoir que pas plus que nous n'avons guéri la syphilis en opérant un rétrécissement du rectum, nous n'avons guéri notre malade en fai-

sant l'ablation d'une tuberculose locale. Certes, nous avons paré aux accidents immédiats ; nous avons fait œuvre de chirurgien habile ou expert, il faut encore faire œuvre de chirurgien prévoyant et instruit, en plaçant notre malade dans des conditions physiologiques favorables au maintien de la guérison temporaire que nous venons d'obtenir.

Qu'il soit ou non tuberculeux pulmonaire, la conduite à tenir, si différente avant l'opération, ne diffère plus, le pansement une fois fait ; il faut prévoir et garantir l'avenir. A cette condition, et à cette condition seulement, nous pouvons affirmer que le chirurgien est en droit de proposer l'intervention dans les tuberculoses locales.

Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs que cette marche spéciale avec tendance à la récidive a été observée. Déjà dans une thèse de 1867, un élève de notre maître, Clipet, plaçait la scrofule au rang des diathèses qui peuvent modifier les suites des interventions.

D'ailleurs dans ses leçons sur la scrofule (2e édit, 1861, p. 345), Bazin avait écrit : « La chirurgie est appelée fort souvent à intervenir dans la cure des écrouelles ; son intervention est utile et approuvée de tous quand il s'agit d'ouvrir avec le bistouri ou la lancette les écrouelles suppurées, les abcès scrofuleux ; d'ébarber, d'exciser les lambeaux de peau complètement décollés et de prévenir par là des cicatrices difformes ; de faire sauter des ponts ou des languettes de peau qui séparent les orifices fistuleux, de cautériser les bubons exubérants. En est-il de même quand le chirurgien attaque les écrouelles ganglionnaires à l'état de crudité, par la ponction répétée, l'excision ou l'extirpation de ces tumeurs ? Je ne puis que blâmer cette chirurgie aveugle ; *extirper* une glande infiltrée de tubercules, *ce n'est pas guérir la scrofule.* Le tubercule se dépose dans les glandes du voisinage, et l'on ne peut avoir la prétention d'extirper tout le système lymphatique. De même quand on coupe une jambe pour une

tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, le mal se reproduit dans celle du genou. »

Et il cite un cas d'extirpation du premier métatarsien avec récidive, ayant nécessité l'amputation de jambe, suivie d'une récidive dans le genou. « Si nous adoptions les principes de son chirurgien, nous n'aurions plus qu'à lui couper la cuisse ; le mal se montrerait bientôt dans l'articulation coxo-fémorale, et n'ayant plus rien à lui couper que le tronc, il nous faudrait rester l'arme au bras, spectateur impassible d'une lésion qu'aucun moyen chirurgical ne saurait enrayer. »

Bazin était d'ailleurs très partisan de l'expectation : « Ce n'est que quand le mal est tout à fait et depuis longtemps localisé, alors que les suppurations abondantes, la fièvre hectique, la diarrhée, le marasme, ont enlevé au médecin tout espoir de guérir la scrofule par les moyens internes, qu'il est permis de recourir à l'opération, comme dernière planche de salut. » (p. 370).

M. Verneuil, à qui nous empruntons (vol. III des *Mémoires*, p. 74) cette citation, trouve que ces termes sont excessifs, et nous nous associons pleinement à son étonnement qu'il justifie par l'observation suivante :

« Observation (Galais-Verneuil), vol. III, p. 74. Scapulalgie et tumeur blanche tibio-tarsienne suppurée, scrofule ancienne probablement, amputation de jambe. Succès opératoire, très bon état général un an après. Suppression des trajets fistuleux de l'épaule. Embonpoint. »

Ce fait cadre bien avec ce que dit, au Congrès de 1889, M. Le Dentu, de quelques guérisons simultanées de plusieurs lésions tuberculeuses, après opération de l'une d'entre elles.

Aussi nous avons trouvé l'unanimité des auteurs pour admettre les opérations chez les tuberculeux.

Tout autre est la question de savoir si l'on doit opérer la tuberculose locale dans un but de préservation quand il n'y a pas de lésions générales préexistantes, hypothèse dont nous

verrons plus loin la valeur. Dans ces conditions, la première idée qui se présente à l'esprit est l'éradication de la manifestation initiale pour empêcher l'invasion de l'organisme entier.

« En débarrassant l'organisme de foyers d'infection, on peut mettre les patients à l'abri d'accidents ultérieurs viscéraux dont la tuberculose périphérique aurait été le point de départ. » (1)

Notre collègue Iscovesco disait en substance, au même Congrès, à propos des adénites tuberculeuses ; « Les interventions opératoires hâtives ne peuvent se justifier que si l'on a en vue la suppression de toute source d'infection secondaire. Du reste, on a exagéré certainement la fréquence des infections secondaires et on néglige complètement les infections successives. Celles-ci ont certainement une importance plus grande que celles-là. La nature tuberculeuse d'une adénite ne constitue donc pas une indication opératoire suffisante. »

M. Démosthène, de Bucharest disait : « Quant aux résultats éloignés, une enquête rigoureuse qui ne m'a pas été permise eût été nécessaire. *Je dirai pourtant que beaucoup de mes malades ont été mis par l'opération à l'abri* de manifestations ultérieures. » (*Semaine médicale.*)

Et il ajoute : « Avec ce que l'on connaît aujourd'hui de la nature de l'affection tuberculeuse, il va de soi que l'action chirurgicale ne peut prétendre être le traitement spécifique et que l'idéal serait d'exercer une action microbicide sur l'organisme envahi. Mais en attendant, et pour ne pas rester les bras croisés, on doit recourir aux opérations *qui ne garantissent pas l'avenir* mais qui donnent des résultats qu'on ne peut pas négliger. »

« En pratiquant des opérations radicales, en cas de tuberculose locale, dit M. Mollière de Lyon, on peut obtenir *des rémissions* immédiates comme chez d'autres patients... l'ex-

(1) *Congrès de chirurgie 1889.* M Le Dentu.

tirpation des tuberculoses locales peut donner des résultats *durables*, sinon définitifs, et *préserver l'organisme de l'infection générale* ou retarder la marche de la généralisation. »

« Le traitement le plus efficace à opposer aux tuberculoses locales est l'ablation hâtive et complète. Elle a des avantages immédiats et éloignés, et parmi ceux-ci celui de sauvegarder le présent et de préserver l'avenir... Si la tuberculose locale n'est qu'un accident, en la supprimant avant qu'elle ait eu le temps d'infecter le malade on la guérit rapidement et sûrement... Dès qu'un foyer s'est engendré, dès qu'il y a là des produits actifs, vivants, dont l'évolution naturelle est de gagner de proche en proche jusqu'à ce qu'ils soient maîtres de la place, la maison est en flammes, et il faut, coûte que coûte, arrêter l'incendie, dût-on détruire une partie du logis (Houzel) (1). »

M. Queirel, de Marseille, est aussi partisan de l'opération « qui doit supprimer un foyer d'infection. »

Nous avons interrogé à cet égard notre excellent maître, M. Polaillon, qui nous a toujours si bienveillamment prodigué ses conseils et son enseignement : il se déclare nettement partisan de l'intervention dans le cas de tuberculose locale. Il n'est point éloigné de penser que la tuberculose est primitivement locale, et que la supprimer à ce moment c'est souvent prévenir la récidive. Ce n'est point à dire qu'il faille opérer à une époque tout à fait précoce ; il faut pour intervenir que le diagnostic soit ferme, et il est temps encore de faire une opération complète alors que la lésion, ganglions par exemple, est suppurée. Opération d'emblée, mais soumise à un diagnostic rigoureux, ainsi peut se résumer son conseil. Cependant M. Polaillon admet nos restrictions : il croit la tuberculose locale d'abord, mais le fait ne lui est pas absolument démontré : si déjà elle est généralisée, la guérison est encore possible ; le foyer supprimé, il s'établit une lutte entre l'organisme et les bacilles : c'est alors affaire de terrain, et suivant que l'un ou l'autre succombe

(1) *Congrès de Chirurgie*, 1889.

l'issue est ou non favorable. M. Polaillon, bien qu'ayant observé dans son service quelques cas de méningite post-opératoire, ne pense pas qu'il faille en charger l'acte opératoire ; pour lui, c'est qu'il y avait tuberculose méningée méconnue, et que l'opération a coïncidé avec ou provoqué l'explosion de lésions préexistantes et latentes.

Aussi croit-il : 1° que même pour des lésions anciennes (ganglions suppurés), les résultats immédiats peuvent être excellents;

2° Que la généralisation et la méningite même, si elles étaient fréquentes, ne doivent point entrer dans le contingent des accidents à la charge de l'opération;

3° Que les résultats éloignés peuvent être très bons et amener la guérison absolue sans récidive locale ou à distance.

Il admet, par suite, quelques opérations d'indications discutées, la castration, par exemple, s'il n'y a pas de lésions prostatiques ; mais il reconnaît que les opérations incomplètes, que les grattages encore donnent des résultats infiniment moins favorables que les opérations complètes. l'amputation prévenant la récidive bien plus sûrement que la résection.

Nous retrouvons dans un très bon mémoire sur « la tuberculose oculaire » inséré par notre ami Valude, dans le premier fascicule des *Études sur la Tuberculose*, quelques considérations qui ont directement trait à ce sujet. Étudiant les rapports qui existent entre les suites de cette affection et le traitement employé, l'auteur en conclut : 1° que non traitée, l'affection laisse le malade, dans l'immense majorité des cas (presque absolue, dit-il), exposé à la généralisation, soit au poumon, soit au cerveau, soit aux viscères, l'époque de cette généralisation pouvant varier dans des limites assez étendues.

2° Non traitée, cette tuberculose peut, dans des cas infiniment rares (1 cas de Dufau et 1 cas de Panas), s'éteindre,sur place; et encore les malades n'ont été suivis que quatre ans.

3° Traitée chirurgicalement, mais par l'opération radicale,

énucléation, à l'exclusion de toute opération partielle (ponction, grattage, cautérisation), qui est plutôt nuisible, la tuberculose oculaire donne une liste de succès déjà assez considérable.

Quel est l'avenir de ces malades, se demande M. Valude, après avoir posé en principe que toute tuberculose locale doit être extirpée radicalement, et que toute tuberculose *primitive* ou du tractus uvéal condamne l'œil à l'énucléation?

Les résultats de Deutschmann, Swanzy, Landolt ont fourni des succès durables encore après cinq mois, un an et six ans après l'énucléation.

Saltini et Panas même en intervenant plus tardivement ont obtenu de bons résultats. M. Poncet de Cluny a publié un cas où l'état général était encore bon quatre mois après, mais nous croyons ce laps de temps insuffisant.

D'autre part, Costa Pruneda, Wolf, Gayet, ont publié des cas contraires où la généralisation n'a nullement été enrayée. Du mémoire de Valude, nous concluerons cependant que la tendance en oculistique est plutôt vers l'intervention. On pourrait d'ailleurs faire remarquer que la tuberculose oculaire peut être considérée comme une des localisations les plus probables de la tuberculose : on sait que la chambre antérieure a servi de milieu de culture à quelques expérimentateurs et qu'ils ont pu remarquer dans ces cas l'absence de diffusion du bacille et d'infection de l'économie, remarque qui, malgré notre incompétence absolue en pareille matière, nous paraît autoriser l'intervention et permettre d'en espérer des succès durables.

Nous pourrions pousser très loin cette enquête sur l'opinion des auteurs et nous verrions enfin qu'ils peuvent être classés en deux catégories.

Ceux qui regardant la lésion initiale comme une tuberculose locale pensent que l'ablation de ce foyer si elle est radicale et complète, met l'organisme à l'abri de tout accident

ultérieur et invoquent alors une nouvelle infection pour expliquer les désastres qui ont pu survenir plus ou moins tardivement après l'opération; ceux qui regardent les manifestations tuberculeuses locales comme l'épiphénomène d'une infection générale déjà effectuée, bien qu'il n'y ait pas tuberculose viscérale à proprement parler, et pour lesquels l'ablation de la tuberculose locale supprime un foyer infecté, mais non un foyer d'infection, l'infection étant déjà faite et étant la cause bien plus que l'effet de la manifestation locale.

On pourrait discuter longtemps, ce nous semble-t-il, et des deux côtés apporter des arguments à l'appui.

D'une part on présenterait des documents, malheureusement très nombreux, où les récidives presque interminables survenues à la suite d'ablations successives de foyers locaux, où la généralisation brusque après l'ablation d'un testicule, par exemple, semblent prouver l'infection générale; d'autre part on citerait des observations, et nous en possédons quelques-unes où le malade a retiré de l'opération du tubercule initial les meilleurs résultats, comme dans une de nos opérations de castration. Et la discussion pourra longtemps continuer sans se clore, si l'on ne fait intervenir les questions accessoires d'âge, de milieu, de nature de l'opération, de traitement consécutif. N'est-ce pas d'ailleurs un exemple de ce que nous avançons, que ce fait de la bénignité relative des tuberculoses locales chez les enfants? et les nombreux cas de tuberculose testiculaire chez les enfants, relatés par Jullien, n'ont-ils pas entraîné, en dehors de tout traitement, un pronostic de beaucoup plus léger que la même lésion chez l'adulte?

Pour résoudre cette question, on s'est adressé à l'expérimentation de physiologie pathologique et nous avons vu les résultats auxquels sont parvenus les auteurs qui s'en sont occupés.

DEUXIÈME PARTIE

SUITES IMMÉDIATES

1° Résultats immédiats — 2° Complications immédiates

CHAPITRE PREMIER

Des Succès opératoires

Ainsi que l'a bien indiqué M. le professeur Verneuil au Congrès de chirurgie, les suites immédiates de ces interventions peuvent être bonnes, médiocres, nulles, mauvaises ou mortelles.

Or, si on peut à la rigueur faire rentrer les trois premières catégories dans la classe des résultats immédiats, il n'en est plus de même des résultats mauvais ou mortels, qui constituent une véritable complication.

« Le traitement le plus efficace à opposer aux tuberculoses locales, est l'ablation hâtive et complète, dont le premier bénéfice est de faire disparaître en quelques jours des lésions rebelles, mettant souvent plusieurs années à se guérir, quand elles guérissent. En observant scrupuleusement la méthode antiseptique, dit encore M. Houzel, de Boulogne-s.-Mer, *sans aucun danger post-opératoire*, elle donne une cicatrice linéaire à peine apparente, que l'on peut dissimuler dans les plis naturels des régions, tandis que la maladie abandonnée aux seules ressources de la thérapeutique médicale, aboutit presque toujours à une suppuration prolongée, laissant après elle de larges cicatrices réticulées. »

Or, si le but poursuivi est la substitution d'une cicatrice chirurgicale par première intention à une cicatrice fistuleuse ou difforme, il faudrait pouvoir affirmer non seulement : 1° que cette cicatrice sera obtenue, mais que 2° elle sera durable.

Pour l'obtenir, la chose est possible et il n'y qu'à observer ici comme partout les règles de l'antisepsie.

Mais que l'on se défie, et qu'on remarque bien que l'échec à la réunion peut être apporté non seulement par le chirurgien et ses aides (antisepsie dont il est toujours maître), mais aussi par le foyer.

Si donc, on opère sur un foyer nettement limité, tout à fait au début, sans phénomènes inflammatoires, le résultat immédiat sera bon, à n'en pas douter; l'ablation d'un ganglion, fût-il caséeux au centre, si l'infiltration n'a pas dépassé ses parois, ne saurait faire échec à la réunion ; la réunion du scrotum après la castration, des moignons d'amputation après un large sacrifice pour tumeur blanche, les résections très larges ont toujours donné de bons résultats immédiats, et nous regarderions comme superflu d'ajouter à cette affirmation des observations à l'appui, si elles ne contenaient quelque enseignement sur les suites possibles. Or, nous nous retrouvons ici sur le terrain où nous nous étions placé au début de notre internat et on ne saurait nier qu'il y ait pour le chirurgien quelque satisfaction à supprimer, d'un coup et en apparence pour toujours, le foyer bacillaire, avec un succès opératoire d'autant plus évident que la réunion par première intention est assurée.

Observation 2 (inédite). — *Bubon chancrello-strumeux. — Extirpation. — Guérison. — Bon état général.*

E. J..., âgé de 22 ans, entre à l'hôpital le 27 décembre 1886, salle n° 4, n° 10, service de M. le Dr Humbert.

Antécédents strumeux très nets pendant la jeunesse. Pas de tubercules pulmonaires.

Antécédents personnels. Il y a deux mois et demi, le malade a eu plusieurs petits chancres simples. Les chancres ont été soignés avec de la poudre de calomel. Ils ont guéri au bout de quinze jours. Huit jours après la guérison des chancres, il se forme un bubon volumineux droit. Le malade entre dans le service de M. le Dr Ducastel, *le 4 décembre* 1886. Il y a deux mois, le bubon avait été ouvert par M. Mauriac, en faisant une incision parallèle au pli de l'aine. Le bubon ne diminuant

pas, le malade passe dans le service de chirurgie, *le* 27 *décembre*, pour l'extirpation de la masse ganglionnaire. On l'opère *le* 31 *décembre*, en faisant une incision elliptique parallèle au pli de l'aine. On pose un point de suture au crin de Florence à la partie supérieure. La plaie opératoire est très profonde. *Le* 8 *janvier*, la plaie a un très bon aspect. La suppuration est bien franche. *Le* 27 *janvier*, le malade peut être considéré comme guéri.

État général. Le malade est bien portant, quoique maigre, pâle. Il a eu autrefois la syphilis (il ignore à quelle époque). Comme traitement général il a pris du vin de quinquina, du sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue, 5 centigrammes de sulfate de quinine.

A la sortie du malade, l'état général du malade n'est nullement altéré ; l'état local est très satisfaisant, la cicatrice est bonne.

Examen des ganglions : ils sont volumineux, en partie adhérents à la peau, ramollis, avec nombreux points caséeux.

Inoculés le jour de l'opération à deux cobayes, ils donnent en douze jours un résultat positif.

Observation 3 (inédite) (résumée.) — *Bubon strumeux. — Ablation. — Guérison.*

M. O. D..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle 4, n° 13, le 30 septembre 1886, pour un bubon strumeux droit datant d'un mois, en voie de ramollissement. Pas de tubercules pulmonaires.

On l'opère le 16 octobre et on pratique l'ablation large des ganglions strumeux du pli de l'aine droit. On obtient une réunion par deuxième intention sans suture et il sort guéri le 20 novembre. Le bubon, inoculé, a donné un résultat positif.

Je le revois en janvier 1887 : la cicatrice est parfaite, pas de récidive locale. L'état général est toujours très bon.

Observation 4 (inédite). — *Bubon chancrello-strumeux. — Extirpation. — Guérison.*

M. G. J..., âgé de 36 ans, entré le 11 novembre 1886, salle 4, lit n° 7, hôpital du Midi, service de M. Humbert.

Il s'agit d'un bubon strumeux du côté gauche, survenu à la suite d'un chancre mou et d'une blennorrhagie actuellement guéris. Ces accidents datant du mois de juillet. Bon état général, malgré des antécédents héréditaires paternels tuberculeux.

Le 7 décembre, on fait l'ablation du bubon à l'aide d'une incision verticale. On énuclée péniblement la masse. La plaie bourgeonne admirablement ; un seul jour la température du malade s'élève à 38,4, tout le reste de son séjour à l'hôpital elle se maintient à 37,6.

Le malade est considéré comme guéri le 10 janvier, il sort complètement guéri le 22 du même mois.

Le malade a été soumis, en raison de ses antécédents, au traitement interne par l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium.

Les ganglions sont caséeux à la coupe et le pus contient des bacilles.

OBSERVATION 5 (inédite)(résumée).—*Bubon chancrello-strumeux double. — Extirpation double. — Guérison.*

Le nommé Bi... E., âgé de 19 ans, est entré le 19 novembre 1887, à l'hôpital du Midi, service de M. Humbert, salle 4.

Pas de lésions pulmonaires. — Le malade a des chancres simples multiples du repli balano-préputial datant d'un mois ; il présente, en outre, un bubon double volumineux ; le gauche, datant d'un mois, est en voie de ramollissement.

Opération.— On opère le bubon gauche le 14 décembre. On fait l'incision parallèle à l'arcade de Fallope, et la réunion est obtenue par première intention. Le 19 décembre, la plaie est guérie, et on opère alors le bubon droit qui est déjà en voie de ramollissement. — On fait l'incision verticale. — Le troisième jour, la plaie est pseudo-membraneuse et a mauvais aspect, mais sous l'action du jus de citron et de l'acide phénique fort, elle finit par bourgeonner.

La température n'a pas dépassé 38°—6, sauf un jour où elle a atteint 39°. La moyenne donne 37°6.

Le malade a un aspect strumeux ; il est souvent souffrant.

Il n'a eu aucune maladie vénérienne antérieurement à ses chancres.

Il sort guéri le 2 février. Les deux cobayes inoculés meurent tuberculeux.

Observation 6 (inédite)(résumée).—*Bubon chancrello-strumeux chez un tuberculeux.— Ablation large.— Traitement interne. — Marche normale de la réparation. — Bon état général.*

M. H... Ch., âgé de 28 ans, peintre, est tuberculeux. Il a des lésions pulmonaires très nettes des deux poumons, il a eu deux bubons en mars 1886.

Il entre à l'hôpital du Midi, service de M. Humbert, le 13 décembre 1886, salle 4, n° 25, pour un bubon double, en voie de suppuration, consécutif à un chancre mou, datant de deux mois.

Celui de droite a été traité au dehors par les injections d'éther iodoformé.

Le 17 décembre. — Je fais l'ablation large du bubon le plus volumineux situé à droite. Incision parallèle à l'arcade. J'excise le moins de peau que je puis. Je ne puis cependant réunir; le malade est soumis au traitement interne : deux cuillerées d'huile de foie de morue, deux grammes d'iodure de potassium.

La réunion secondaire marche normalement, sans aucun accident du côté des poumons : le malade a eu un seul jour 38°, la moyenne était de 37°2, et le 8 janvier la plaie peut être considérée comme guérie. Il sort sans trajet fistuleux le 15 janvier; l'état général s'est plutôt amélioré.

J'ai inoculé trois cobayes sous la peau, un seul est mort tuberculeux.

Observation 7 (inédite) (résumée). — *Bubon chancrello-strumeux. — Ablation. — Guérison.*

N..., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital du Midi le 6 septembre 1886, salle 2, n° 16, pour des chancres simples sous-préputiaux ayant déterminé une adénopathie gauche mono-ganglionnaire : celle-ci a pris peu à peu un volume énorme et a dégénéré en adénopathie strumeuse. Strumeux pendant l'enfance, actuellement quelques ganglions du cou qui ont suppuré autrefois; pas de tubercules pulmonaires. Bon état général.

Je l'opère le 24 septembre pour les ganglions strumeux. Je fais une incision large, j'énuclée, je suture, et je mets un drain. Deux jours après l'opération, on enlève tous les fils et le

drain. On fait de la compression et on supprime le pansement. J'obtiens une réunion complète par première intention, sans une goutte de suppuration.

Le 8 octobre, on fait l'opération d'un phimosis accidentel dont le malade est porteur.

Le 14 octobre, on considère le malade comme guéri, et il sort le 16.

Examen macroscopique des ganglions : coupe à foyers caséeux multiples, paraissent nettement tuberculeux. Le seul cobaye inoculé meurt par accident six jours après et n'est pas tuberculeux.

Observation 8 (résumée), (inédite). — *Tuberculose testiculaire datant de 18 mois. — Pas de lésions prostatiques. — Castration. — Guérison.*

S... E., 30 ans, employé, salle 3, n° 8, hôpital du Midi, service de M. Humbert.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires.

Il est atteint d'épididymite tuberculeuse qui débuta il y a 18 mois, peut-être à la suite d'une orchite ; pas de trajets fistuleux.

Il ne présente pas de phénomènes stéthoscopiques, pas de phénomènes généraux. On ne trouve rien à la prostate, rien aux vésicules séminales. Le canal déférent est indemne.

Il est opéré le 28 mai : on fait la castration.

Depuis ce jour, sa température est restée entre 36°8 et 38°.

Il est sorti guéri de l'hôpital le 12 juin 1888, après cicatrisation complète. Bon état général après l'opération et bon état général à la sortie.

Observation 9. — *Testicule tuberculeux. — Castration. — Guérison.* — (Thiéry, janvier 1887. — *Société anatomique.*)

P... Pierre, âgé de 24 ans, garçon d'hôtel, entre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Humbert, suppléé pendant les vacances par le docteur Bazy.

Point d'antécédents héréditaires : aucune maladie antérieure, pas de blennorrhagie, pas de traumatisme.

Le malade s'aperçoit que tout d'un coup (il est très affirmatif à cet égard) (juin 1885), son testicule droit a pris un volume

considérable, il a eu quelques douleurs le long du trajet du cordon ; il continue à travailler quelques jours et applique des cataplasmes; puis, inquiet, il se rend à Saint-Louis, où l'on fait une ponction infructueuse (quelques gouttes de liquide jaunâtre), le traitement à l'emplâtre de Vigo reste inefficace. L'onguent napolitain, puis les cataplasmes sont ensuite essayés sans plus de succès; l'iodure de potassium n'amène aucune amélioration.

Le malade entre alors dans le service de M. Mauriac au Midi (30 juillet 1886); à ce moment, il a commencé à maigrir.

Deux ponctions faites au bistouri donnent lieu à un léger écoulement sanguin. On applique des cataplasmes et on ordonne des bains; la douleur spontanée est très vive.

Puis il est adressé à M. Bazy et entre dans le service le 24 août. A ce moment le testicule droit est volumineux (volume d'un très gros œuf de poule environ), arrondi, élastique à la palpation, l'épididyme est confondu avec le reste de la masse.

Pas de transparence. On remarque, à la partie antérieure et inférieure, la trace laissée par les ponctions ; la cicatrisation en est encore imparfaite. Enfin une nouvelle ponction est faite sans résultat.

Pas de phénomènes généraux, le malade ne tousse pas et ne crache pas. Aucune lésion de la prostate ou des vésicules séminales. Pas de lésions ganglionnaires. On porte le diagnostic de sarcome du testicule et l'opération est décidée.

M. Bazy fait l'ablation du testicule malade le 1er septembre; le testicule est énucléé, le cordon isolé, puis lié à l'aide de deux catguts. On enlève également un nodus induré des enveloppes scrotales, situé à la partie antéro-inférieure, non ramolli, mais bien au contraire de consistance lardacée et déterminant une adhérence intime de la peau à la tumeur testiculaire. Les sutures du scrotum sont faites au crin de Florence, un petit drain est placé à la partie inférieure ; pansement antiseptique à la gaze iodoformée.

Les suites ont été des plus simples, la température a été un seul jour de 38°, le pansement n'a été renouvelé que le quatrième jour après l'opération ; le cinquième, on enlève les sutures (13 points). Le dernier pansement est fait le 8 septembre.

La réunion est parfaite. Le malade sort de l'hôpital le

11 septembre (11 jours après l'opération) en parfait état, nous l'avons revu une fois depuis, il était bien portant.

Examen de la tumeur. Le testicule est incisé suivant son grand axe, la tête et la queue de l'épididyme présentent l'une et l'autre une masse jaunâtre en voie de fonte caséeuse ; les enveloppes du testicule sont saines, sauf un léger épaississement de la vaginale, il n'y a pas de liquide épanché, le cordon est indemne. Le parenchyme de l'organe est de couleur brun clair et présente des traînées blanchâtres assez régulières, disséminées dans toute l'étendue de la coupe et anastomosées par places.

La pièce a été moulée, et nous avons présenté à la Société le moulage ainsi que le testicule énucléé. Nous avons fait des coupes : 1° du testicule malade ; 2° du nodus situé à la partie inférieure et qui déterminait l'adhérence du testicule à la peau, et M. le Pr Cornil a bien voulu revoir ces préparations. Dans les premières les tubes séminifères ne sont pas reconnaissables ; il existe une néoformation abondante de cellules embryonnaires, au milieu desquelles on reconnaît des follicules tuberculeux avec cellules géantes très nettes. Dans les secondes on retrouve ces mêmes tubercules : en résumé, nous avons affaire à un testicule tuberculeux dont les foyers épididymaires seuls ont subi la fonte caséeuse.

Observation 10 (résumée), (inédite). — *Ganglion tuberculeux. — Extirpation. — Succès opératoire.*

N... S..., 15 ans, modiste, entrée le 17 octobre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Polaillon, salle Gerdy, n° 20.

Cette malade présente des ganglions strumeux, du volume d'une pomme, dans la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne droite.

29 *octobre*. — Après avoir administré le chloroforme, on enlève ces ganglions avec le bistouri. On suture, et on applique le pansement de Lister. La réunion immédiate est obtenue.

On constate la paralysie de quelques fibres du facial se rendant à la lèvre inférieure, très bon état général, cicatrice parfaite.

Observation 11 (inédite). — *Fistule anale double. — Tuberculose pulmonaire. — Excision du trajet fistuleux. — Réu-*

nion immédiate. — Succès opératoire ; état général stationnaire.

Le nommé R... A., âgé de 25 ans, journalier, entré salle Saint-Pierre, n° 14, à l'hôpital Necker, le 12 mars 1888, service de M. Le Fort.

Antécédents. Le sujet a été longtemps bien portant. Au mois de janvier 1887, il a une pleurésie *sèche;* depuis ce temps il tousse ; l'expectoration est peu abondante ; il a un peu maigri ; il n'a ni sueurs nocturnes ni fièvre vespérale. L'appétit est bon, mais les lésions pulmonaires ne sont pas douteuses.

Débuts. Au cours de sa maladie, il se forme à la marge de l'anus un *abcès* qui *s'ouvre spontanément.* Cet abcès ne se ferme pas et dès lors il existe une fistule.

Etat actuel. Actuellement on remarque deux petits orifices fistuleux de forme valvulaire situés en avant et de chaque côté de l'orifice anal ; l'écoulement est intermittent et tache peu le linge. De temps en temps il se produit des poussées inflammatoires accompagnées d'intertrigo, qui engagent le malade à réclamer une intervention. Un stylet introduit par l'orifice externe pénètre de cinq centimètres environ, et n'atteint pas le rectum.

Opération. 15 mars. Le malade est endormi. Le trajet incisé au bistouri, on le dissèque et on l'excise. On place alors un point de suture profond. A ce moment le malade émet des matières fécales. On le lave, et ensuite on place un autre point de suture profond et un superficiel.

Résultat. On a une bonne réunion par première intention, et le 22 mars on enlève les points de suture.

Le 29 *mars*, le malade ne tache plus le linge; il ne souffre pas ; l'état général ne s'est modifié d'aucune façon.

Observation 12 (inédite), (résumée). — *Lymphite tuberculeuse de la cuisse. — Abcès. — Grattage. — Guérison.*

J. L..., âgé de 24 ans, boutonnier, entré le 14 novembre 1887, salle Broca, n° 30, service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Bon état général.

Les lymphatiques qui longent la saphène interne depuis le

genou jusqu'à l'aine droite, sont le siège d'une lymphite tuberculeuse avec décollement et suppuration apyrétique : pus grumeleux et épais.

Le malade dit avoir eu une adénite caséeuse des ganglions inguinaux, qui aurait été extirpée par M. Kirmisson.

Cet abcès en tunnel était survenu quelque temps après.

Le malade est chloroformé; on fait une incision qui va de la partie inférieure de la cuisse à la partie moyenne; on gratte le trajet avec une curette et on fait des lavages phéniqués; on applique ensuite un pansement à l'iodoforme et la gaze iodoformée.

Le malade sort guéri le 15 décembre : la cicatrisation est parfaite, la réunion secondaire a marché sans accidents.

Très bon état général.

Observation 13 (inédite) (résumée).— *Abcès ossifluent de l'omoplate. — Résection de l'os. — Guérison.*

Ch... Ag..., 35 ans, entrée le 14 janvier 1887, salle Gerdy, n° 23, service de M. Polaillon.

La malade entre pour un abcès froid ossifluent, venant de l'omoplate gauche; le début des accidents remonte à plusieurs mois; pas de tuberculose pulmonaire.

Le 26 février 1887 on incise l'abcès, on résèque la moitié inférieure de l'omoplate; puis on draine et après avoir suturé on applique un pansement iodoformé.

Un nouvel abcès se développe à la partie supérieure de la suture, on l'incise, on lave, draine, panse, et la guérison est obtenue complète le 16 avril 1887.

La cicatrice est parfaite.

Observation 14 (inédite) (résumée). — *Abcès ossifluent du sacrum. — Grattage. — Guérison.*

F... P., 36 ans, brasseur, entré le 18 juillet 1887, salle Broca, lit n° 27, service de M. Polaillon.

Ce malade jouit d'un état de santé excellent, il n'a pas eu de syphilis antérieurement. Pas de tubercules pulmonaires.

Actuellement, il est atteint d'un abcès froid ossifluent du sacrum, faisant saillie en arrière sous la peau.

Après avoir anesthésié le malade, on pratique l'incision au

thermocautère ; on rugine l'os et on gratte avec la curette. Puis on fait un lavage à l'eau phéniquée et on applique un pansement iodoformé. Comme traitement on ordonne l'iodure de potassium et des frictions mercurielles, le malade étant syphilitique.

On obtient une guérison rapide par bourgeonnement. Le malade sort guéri le 31 août. L'état général est très bon à la sortie.

Observation 15 (résumée), (inédite). — *Abcès froid de la joue. — Pas de tubercules pulmonaires. — Extirpation : succès opératoire.*

M. C..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 28 février 1887, salle Gerdy, n° 6, service de M. Polaillon, pour un abcès froid, situé sur la partie inférieure de la joue gauche. Antécédents personnels strumeux ; gourmes et ganglions pendant l'enfance. Pas de tubercules pulmonaires.

La peau qui recouvre l'abcès est fortement amincie.

Le 3 mars, on anesthésie le malade par le chloroforme, on excise la peau et on enlève la tumeur après avoir disséqué la poche. On fait trois sutures métalliques et on applique le pansement de Lister.

On obtient une réunion immédiate et, le 7 mars, la malade sort guérie.

Observation 16 (inédite). — *Synovite des gaines des extenseurs. — Incision. — Grattage. — Ablation des fongosités. — Succès opératoire parfait.*

Le nommé R..., âgé de 51 ans, cocher, est entré salle Broca, n° 20, à l'hôpital, service de M. Polaillon, le 18 mai 1887.

Antécédents. — Parents morts à 74 et 79 ans. Le malade avait des douleurs rhumatoïdes.

Débuts. — Il y a cinq à six ans, apparut à la main droite, sur la ligne médiane, une tumeur qui atteignit le volume d'un œuf de poule ; à ce moment déjà existait à la main gauche une légère tuméfaction occupant la même place. La main droite est opérée par incision et grattage des fongosités le 22 juin 1885 ; la cicatrisation est rapide. Le malade reste à l'hôpital 35 jours, au bout desquels le résultat est remarquable : les tendons sont absolument libres, la cicatrice est linéaire.

Mais les coulisses tendineuses ont été divisées et les mouvements s'accompagnent de saillies exagérées des tendons, qui ne sont plus bridés.

État actuel. — A gauche, on remarque une tumeur qui occupe seulement la ligne médiane et s'étend de la ligne des apophyses styloïdes à la partie moyenne du poignet. La peau ne présente aucun changement de coloration; elle est mobile latéralement et non dans le sens de la longueur; la tumeur a acquis le volume d'un œuf de poule en trois ans et n'est pas réductible dans la gaine antibrachiale; les mouvements des doigts sont gênés et mobilisent la tumeur, l'extension du poignet sur l'avant-bras est impossible. On constate de l'élasticité, de la fluctuation, et on peut percevoir des granulations fongueuses. Les mouvements s'accompagnent de crépitation dans la gaine des tendons et causent de légères douleurs.

L'état général est bon.

Opération. — 21 *mai.* — On pratique une incision dorsale sur la ligne médiane, longue de 12 à 15 centimètres, et on tombe sur une sorte de gangue fongueuse des tendons, avec végétations que baigne une très faible quantité de liquide citrin. On divise les coulisses tendineuses et on dissèque les tendons au bistouri, en complétant l'opération avec la curette. Les tendons sont, par conséquent, extraits de leur gaine. L'opération en entier est faite sous un jet d'eau phéniquée, et après anesthésie et application de la bande d'Esmarch. Quelques points sont jaunâtres, d'aspect lipomateux; les autres flottent dans le liquide de l'injection, à la manière de végétations pédiculées qui sont abrasées en presque totalité. Certains points des tendons présentent une adhérence considérable et comme une désagrégation de leurs fibres. Les lésions se prolongent jusqu'à l'avant-bras.

Après que l'on a enlevé la bande d'Esmarch, il se produit une hémorrhagie assez considérable, qui nécessite sept à huit ligatures et persiste en partie au moment de la suture. Celle-ci est faite au crin de Florence sur toute la longueur, et un drain de moyenne grosseur est placé à l'angle supérieur. On termine par un pansement de Lister humide très compressif, maintenu à l'aide de trois bandes. On donne au bras une position élevée. Le soir, le malade va bien; il accuse quelques élancements.

Résultat. — Du 22 mai au 6 juin, il n'y a rien de particulier à signaler. Le malade va bien.

Le 6 juin, on enlève le drain, ainsi que deux points de suture, et on renouvelle le pansement de Lister humide. On ne constate aucune suppuration ; l'état est très bon.

Le 8 juin, le pansement est maintenu ; l'état est satisfaisant.

Le 14 juin, on constate que la réunion est satisfaisante ; on enlève les fils, à l'exception de deux, et on fait un pansement de Lister compressif.

Le 27 juin, a lieu le dernier pansement ; on enlève les deux fils restants. La cicatrice est linéaire, et les mouvements très bons.

La guérison est parfaite.

Observation 17 (inédite). — *Fistule anale tuberculeuse : pas de tuberculose pulmonaire appréciable. — Opération. — Succès opératoire.*

D... C., 51 ans, garçon de bureau, entre le 30 mai 1887, service de M. Polaillon, salle Broca, lit n° 15.

Le malade ne se souvient pas d'avoir eu un abcès ; il n'a pas de constipation. Il tache le linge depuis un an. A certains moments, il éprouve une douleur assez vive, mais il n'y a pas d'exaspération au moment de la défécation.

État actuel. — Il présente une fistule anale située à la partie latérale droite de la marge de l'anus ; un stylet introduit ne pénètre pas jusqu'au rectum. Il y a un écoulement très abondant qui tache le linge. Le début indolent, la persistance de l'écoulement, autorisent à porter le diagnostic de tuberculose anale.

Le malade jouit d'une bonne santé générale ; il présente un embonpoint notable et ses selles sont normales.

On lui fait prendre un bain et on applique un pansement iodoformé.

1*er juin.* — On fait l'opération de la fistule. On passe une sonde cannelée ; la sonde pénètre à 4 ou 5 centimètres. La section est faite au thermo-cautère ; on cautérise aussi le trajet, puis on introduit une mèche iodoformée. L'opération a été faite sans anesthésie.

2 *juin.* — Le malade va bien.

8 *juin.* — On a changé trois fois la mèche iodoformée.

10 *juin*. — Le malade n'a pas été à la selle depuis 10 jours; on lui fait prendre 30 gr. d'huile de ricin.

11 *juin*. — On change encore la mèche.

12 *juin*. — Le malade sort de l'hôpital en très bon état général et local.

Nous publions l'observation suivante en admettant la nature tuberculeuse de l'affection : le diagnostic n'est pas démontré par l'observation, mais il est néanmoins exact, le malade étant devenu ultérieurement tuberculeux.

Observation 18 (inédite). — *Abcès de la marge de l'anus. — Fistule consécutive. — Opération au bistouri. — Guérison rapide.*

Le nommé Q... A., âgé de 16 ans, jardinier, entre à l'hôpital Necker, le 29 février 1888, service de M. Le Fort, salle Saint-Pierre, n° 23.

Antécédents. — Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires. Il a lui-même été toujours bien portant.

Débuts. — Il y a six mois, au niveau de la marge de l'anus et à droite, apparaît un *abcès* sur lequel il applique un onguent secret. Cet abcès acquiert le volume d'une noisette et, au bout d'une huitaine de jours, *s'ouvre spontanément*. La poche *ne se comble pas* et depuis ce temps le malade tache son linge. Actuellement le malade demande une intervention, parce qu'il trouve une place de cocher et doit monter à cheval.

État actuel. — A l'inspection on trouve un petit orifice fistuleux situé à droite et à deux centimètres et demi de l'orifice anal. L'écoulement est peu abondant.

Au cathétérisme, le stylet, après avoir pénétré de six centimètres, est perçu sous la muqueuse, mais il n'y a pas d'orifice rectal.

Opération. — On incise le trajet au bistouri sur la sonde cannelée; la fistule est complétée et l'incision maintenue béante à l'aide d'une mèche (2 mars).

État consécutif. — Le 4 *mars*. — La plaie est couverte d'*oxyures vermiculaires*.

Le 5 *mars*. — On attaque les oxyures par un lavement camphré, *sans résultat*.

Le 6 et le 7 *mars*. — On administre deux lavements vinai-

grés renfermant un tiers de vinaigre, à la suite desquels les oxyures diminuent et finissent par disparaître complètement le 9 *mars*.

Le 19 *mars*. — Le malade sort, il ne souffre pas en allant à la selle ; il a eu un peu d'incontinence de matières fécales qui a disparu depuis trois jours.

Le trajet est presque complètement cicatrisé.

Observation 19 (inédite) (résumée). — *Otite suppurée. — Trépanation. — Guérison.*

M... É., 18 ans, journalier. Entré le 2 mai 1887, salle Broca, n° 33, service de M. Polaillon.

Antécédents. — Nuls, bonne santé antérieure, pas d'antécédents héréditaires. Bon état général. Il y a 3 ans, début d'otite moyenne suppurée. Actuellement le malade est atteint d'otorrhée avec ostéite du rocher du côté droit, le nerf facial est incomplètement paralysé ; trajets mastoïdiens multiples depuis.

Le 6 *mai*. — On anesthésie le malade et on fait la trépanation de l'apophyse mastoïde. On trouve du pus collecté dans les cellules mastoïdiennes, il se produit une hémorragie veineuse que l'on arrête par un tampon d'éponge phéniquée. La plaie se cicatrise sans accidents.

Le 16 *mai*. — Ce malade sort sur sa demande, il ne présente plus de trajets fistuleux ; bon état général.

Notre maître a déjà en plusieurs endroits insisté sur la valeur réelle du mot guérison qui accompagne trop d'observations. Comme il le fait encore remarquer dans son étude de la désarticulation de l'épaule (1), ce mot, appliqué au résultat immédiat, veut dire bien souvent succès opératoire et rien de plus ; il en est tout autrement du succès thérapeutique, et il ne s'ensuit nullement que l'un provoque l'autre : cependant il en est une condition nécessaire. Ici encore il s'agit du traitement préopératoire. « Sauf les cas d'urgence extrême, le chirurgien doit choisir le moment opportun, disposer l'éco-

(1) *Mémoires de chirurgie*, T. II, p. 335.

nomie au choc opératoire, modifier la constitution, assainir le milieu, en un mot accumuler le plus grand nombre possible de conditions favorables, et surtout ne recourir à un moyen thérapeutique périlleux que lorsque l'impuissance des moyens plus doux est absolument démontrée. *Pour réaliser le succès thérapeutique, il doit avant tout obtenir le succès opératoire...* » On verra plus loin que M. Polaillon insiste aussi sur ce point. Ainsi que le fait remarquer encore ce chirurgien, dans d'excellentes pages sur les soins qui doivent présider à la publication d'une statistique, il y a lieu d'enregistrer, successivement, les succès complets ou guérisons radicales, les demi-succès, succès thérapeutiques, insuccès opétoires ; les demi-succès, succès opératoires, insuccès thérapeutiques.

C'est à peu de chose près l'ordre que nous avons suivi ; nous nous sommes bien vite convaincu qu'il fallait ouvrir une colonne à ces demi-succès, et nous les avons baptisés, souvent par euphonie, amélioration : en rhétorique, on dirait par catachrèse, le succès étant complet ou n'étant pas, si on ne lui donne pas d'autre épithète.

On lira avec fruit les pages écrites par M. Verneuil, où avec une clarté merveilleuse, il énumère les variétés de succès complets, demi-succès, insuccès opératoires, insuccès thérapeutiques, insuccès de cause extrinsèque, c'est-à-dire les opérations heureuses, demi-heureuses, malheureuses, impuissantes, irresponsables. N'est-ce point là une division logique, nous allions dire loyale, et nos divisions en guérisons (heureuses), améliorations (demi-heureuses), état stationnaire (insuccès), aggravation (malheureuses et nuisibles), sans avoir la prétention de répondre d'une manière satisfaisante à la statistique sévère que demande M. le professeur Verneuil, s'en rapprochent cependant par plus d'un point.

CHAPITRE II

Des résultats médiocres

Si les cas où le résultat immédiat est des plus favorables sont fréquents, il n'en faut pas conclure cependant que cela soit la règle, puisqu'il faut pour cela que le malade se présente dans des conditions spéciales, fort rares à la vérité, c'est-à-dire au début de la colonisation ; si dans ces cas l'intervention est parfois justifiée par le succès, il ne faut pas oublier qu'elle est d'autre part injustifiée par l'étendue minime de la lésion préexistante, ce qu'il serait facile de démontrer en faisant le procès des résections précoces, pratiquées avec une telle prodigalité qu'on l'a fait dans quelques pays étrangers. Mais tout autre est le tableau lorsque l'intervention a porté sur un foyer déjà suppuré. Les avantages immédiats de l'intervention disparaissent alors, et le chirurgien, au moment même où il opère, doit savoir qu'il n'obtiendra qu'un résultat nul ou médiocre.

Nul, c'est-à-dire que l'opération faite, il restera sous la cicatrice d'autres ganglions prêts à remplacer ceux qu'il aura enlevés, des fongosités péri-articulaires prêtes à remplir le foyer opératoire ; médiocre encore, s'il a supprimé une partie du mal, mais que n'ayant pu atteindre ses limites il laisse l'opération inachevée, incomplète ; elle est alors médiocre immédiatement, on pourrait presque dire qu'elle sera mauvaise. Ce n'est point assurément la faute du chirurgien que la fistulisation ou la repullulation des fongosités, la récidive d'un abcès, mais elle n'est que trop fréquente dans ces sortes d'intervention ; la valeur du résultat est d'ailleurs en relation

directe avec le genre d'intervention; nous venons de voir que l'ablation d'un foyer bien localisé, non diffus, ne diffère pas sensiblement de l'extirpation d'une tumeur bénigne, un fibrome par exemple, et rentre dans la classe des extirpations régulières de tumeurs non inflammatoires.

Mais il en est tout autrement lorsqu'on met en œuvre les autres modes opératoires. M. Verneuil condamne vivement le curettage et le raclage des ganglions ; nous nous associons, de par les faits que nous avons observés, à son opinion : il est incontestable que c'est un pis aller que le curage de ces ganglions, et que qui dit curage, dit trop souvent opération incomplète. Le curage d'un foyer limité pourrait à la rigueur donner quelques résultats, mais comme on le fait précisément intervenir dans les cas où il y a diffusion de l'infiltration tuberculeuse, il devient la plupart du temps tout à fait inefficace. Enlever tout ou ne rien enlever, telle est la règle formelle que l'on pourrait proposer ici comme pour les néoplasmes. Quel serait le chirurgien, qui curant des ganglions épithéliomateux, affirmerait son opération complète et à l'abri de récidive locale?

Ces déplorables résultats de l'intervention incomplète (elle l'est ordinairement, si l'on se contente de l'incision) ont été signalés par M. Verneuil dans une clinique du 1er février 1890. Il faut, dit-il, dans le traitement de la fistule à l'anus prendre deux faits en considération : 1° la topographie de la fistule; 2° l'état général du sujet; 3° la nature de la fistule. Il faut dans le premier cas inciser la fistule dans toute son étendue, et débrider également tous les diverticulums après avoir débridé le trajet principal, sans s'occuper de la largeur des balafres.

« En ce qui concerne la constitution des parois de la fistule et l'état du sujet, s'il est bien portant, tout guérit d'autant mieux que le thermo-cautère est un résolutif puissant pour les indurations. Mais la variété tuberculeuse chez les tuberculeux

comprend des bourgeons charnus et l'infiltration microbienne de la paroi. Ici il ne faut pas se contenter de transformer un tunnel en gouttière. Les résultats de ce *modus agendi* étaient autrefois si médiocres que certains chirurgiens abandonnaient la cure de ces fistules. Je fais un peu la guerre aux raclages, curettages, etc..., d'abcès froids; mais j'admets le curage des fistules à l'anus, c'est le seul moyen de prévenir la récidive .» Il faut, en d'autres termes, ici comme ailleurs, faire une extirpation aussi complète que possible.

Voici d'ailleurs quelques observations sur lesquelles nous appuyons les réflexions précédentes.

Observation 20 (inédite). — *Tuberculose primitive des bourses avec envahissement du testicule. — Bon état général. — Opération incomplète. — Aggravation de l'état local. — Castration. — Succès opératoire.*

Nous publions avec quelques détails cette observation, qui est un bel exemple de cette affection décrite dans ces dernières années par M. Reclus.

P... E., 23 ans, entré à l'hôpital du Midi, service de M. Humbert, le 6 décembre 1886, salle 3, n° 9.

Antécédents. — Il n'y a rien de particulier à signaler du côté de l'hérédité.

Antécédents personnels. — Le malade a joui d'une excellente santé jusqu'au mois de décembre 1882. A cette époque il contracte un « *chancre infectant* » du fourreau de la verge et fut traité à l'hôpital du Midi, par M. le Dr Simonnet, qui lui prescrivit des pilules de protoïodure de mercure.

Le malade eut en même temps de l'*uréthrite* (très probablement blennorrhagique) et on lui fit prendre des injections de nitrate d'argent.

Il avait de plus des *végétations sous-préputiales.*

Entré à l'hôpital au commencement de décembre, il en sortit le 17 décembre 1882, sans être guéri de sa blennorrhagie ni de ses végétations.

A ce moment, il ne remarque rien de particulier du côté des testicules ni du scrotum.

Dans les premiers mois de l'année 1883, guérison spontanée de la blennorrhagie, bien qu'il eût commis de nombreux excès de boisson, et *il ne croit pas* avoir conservé de blennorrhagie. Par conséquent, selon lui, la guérison fut complète.

Au mois de juin de la même année, il se débarrassa de ses végétations par des cautérisations au nitrate d'argent, et il n'eut absolument aucun autre accident jusqu'au mois de décembre 1883.

Début (en décembre 1883). — Jusqu'à ce moment ses bourses et ses testicules étaient restés sains. Mais en décembre il remarqua dans l'épaisseur du scrotum, de petites nodosités du volume d'un pois environ et paraissant mobiles sous les doigts. Au dire du malade, les premières apparurent à la face antérieure du scrotum, au niveau de son bord inférieur; elles auraient augmenté constamment et graduellement de volume, et auraient fini par constituer ce que l'on trouva à son entrée à l'hôpital du Midi, en décembre 1886.

D'un autre côté, dans cette longue période de décembre 1883 à décembre 1886, le malade a continué à avoir des rapports sexuels et a même contracté une nouvelle blennorrhagie.

État du malade à son entrée (6 décembre 1886). — A son entrée à l'hôpital, le malade présente un scrotum de la grosseur des deux poings, beaucoup plus volumineux à droite qu'à gauche; l'état, du reste, diffère des deux côtés.

A gauche, la peau est rouge, peu tendue; on remarque sur la face antérieure des bourses, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une ulcération mesurant environ deux centimètres et demi de diamètre vertical, et quatre centimètres transversalement. Le contour de cette ulcération est irrégulier; ses bords sont déchiquetés, légèrement saillants mais non taillés à pic; le fond est excavé, inégal et recouvert d'un exsudat jaunâtre peu épais. La palpation est peu douloureuse; elle ne permet pas de distinguer le testicule de l'épididyme. On sent seulement une masse, du volume d'un très gros œuf, offrant de petites irrégularités à sa surface. Le cordon est dur, non douloureux, du volume d'un crayon. Les parties molles adhèrent, dans une grande étendue, à la tumeur.

A droite, il n'y a pas d'ulcération du scrotum, mais le point correspondant à l'ulcération de la bourse gauche est adhérent aux parties profondes; dans tous les autres points,

les enveloppes scrotales superficielles glissent sur le testicule. La peau est rouge, tendue et présente quelques veinosités.

La palpation est légèrement douloureuse; elle permet de reconnaître une masse dure, grosse comme le poing. Cette masse présente trois ou quatre bosselures granuleuses. Il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme. Il n'y a pas de funiculite.

Je pense alors à une tuberculose primitive des bourses propagée au testicule.

Traitement préliminaire. — Avant de se résoudre à une intervention chirurgicale, M. Humbert décide de faire prendre au malade 4 grammes d'iodure de potassium par jour et de s'en tenir à l'expectation.

(La lésion paraissant peu commune, le moulage du scrotum fut exécuté et le moule déposé dans la collection de M. Humbert.)

1re *Opération*, 15 décembre. — Les tumeurs n'ont pas changé de volume. M. Humbert décide alors d'intervenir seulement à droite, et, en raison de l'âge du malade, de ne point faire la castration.

Le malade étant chloroformisé et toutes les précautions antiseptiques prises, le point adhérent au scrotum est circonscrit par une incision au bistouri et disséqué. On arrive alors sur une surface unie, blanchâtre, que l'on suppose être la vaginale épaissie. On l'incise au bistouri et l'on voit sur la coupe une tumeur solide, constituée par un tissu fin et homogène. On cautérise largement la plaie et la surface de section de la tumeur au thermocautère, et on remet à plus tard une opération plus radicale.

Pansement à l'iodoforme.

Résultat. — Quelques jours après, on remarque que la tumeur augmente de volume, surtout du côté externe; elle est irrégulière et fait saillie bien au-dessus des lèvres de l'incision du scrotum.

Le malade n'a d'ailleurs presque pas de fièvre; sa température se maintient entre 37° et 38° et l'état général est satisfaisant.

Il prend toujours 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

2e *Opération*, 31 décembre 1886 (exploratrice). — Comme la tumeur s'accroît toujours, on prélève au thermocautère un

fragment de tumeur. Un pansement antiseptique est appliqué et je procède à l'examen histologique de la pièce.

L'*examen microscopique* est assez difficile, à cause des cautérisations qui ont été faites précédemment. Cependant on trouve un tissu très vasculaire et quelques follicules tuberculeux, de sorte qu'il y a lieu de conclure à une tuberculose dont le point de départ a sans doute été le scrotum.

État consécutif, 9 janvier 1887. — L'état général du malade est toujours bon. Sa température ne varie guère; depuis le 20 décembre 1886, elle n'a pas atteint 38° centigrades et plusieurs fois elle est tombée au-dessous de 37°.

L'état du scrotum est le suivant :

A gauche, l'ulcération du scrotum est presque entièrement cicatrisée; la tumeur qui existait lors de l'entrée du malade à l'hôpital a considérablement diminué : aujourd'hui elle n'est pas plus grosse qu'un petit œuf de pigeon. Cependant elle est toujours dure, inégale.

Le testicule et l'épididyme restent toujours confondus.

A droite, après l'ablation partielle du 31 décembre 1886, il s'est produit une masse mesurant environ cinq à six centimètres verticalement et quatre à cinq transversalement. Sa surface est assez unie; sa consistance et un sillon bourgeonnant très net qui l'étrangle légèrement à sa base, permettent de la comparer à un champignon. Au palper, on trouve au-dessous de cette tumeur une masse assez souple, que l'on peut prendre pour le testicule. Il semble que l'on pourrait facilement l'isoler du large pédicule de la tumeur, si celui-ci n'était adhérent aux parties voisines du scrotum.

3e *opération*, 14 janvier 1887. — Comme ce néoplasme augmente toujours de volume, M. Humbert décide d'en pratiquer l'ablation complète.

Le malade étant endormi, la masse est décollée du scrotum, à la spatule et sans le secours du bistouri. On perçoit une masse située sous la tumeur et que l'on croit être le testicule, auquel elle adhère d'une façon beaucoup plus intime qu'aux enveloppes scrotales et qu'elle coiffe solidement. Jusqu'ici le décollement s'était opéré assez facilement; mais cette adhérence nécessite des pressions plus énergiques, sous l'influence desquelles une poche kystique se rompt tout à coup en laissant jaillir un liquide limpide, légèrement citrin et très fluide, 20 à 25 grammes environ.

On trouve de plus, rattachée à la tumeur principale, une autre petite tumeur, adhérente au cordon.

Le testicule ne pouvant alors être reconnu nulle part, on sectionne le cordon et on fait la castration ; un point de suture au crin de Florence est placé à la partie supérieure de la plaie, et un pansement iodoformé appliqué. Compression ouatée modérée sur le scrotum.

Examen des tumeurs. — Voici ce que la coupe des tumeurs enlevées permet alors de constater à l'œil nu :

La tumeur principale est formée par un tissu d'aspect lardacé, vitreux, homogène dans toute l'étendue de la coupe, sauf à la périphérie où existe une zone d'un blanc mat, épaisse d'un demi-millimètre environ, et à la partie voisine du pédicule où l'on distingue nettement des vaisseaux.

La petite tumeur, au contraire, offre une surface de coupe analogue à celle de l'épididyme; en effet, en saisissant avec une pince un des petits nodules que présente la coupe, il est impossible d'en dérouler un tube, contrairement à ce qui aurait eu lieu si c'eût été le testicule.

La tumeur principale était formée par le testicule profondément transformé.

La petite tumeur était l'épididyme à peu près normal.

Le kyste, dont on pouvait encore voir la paroi fine et lisse, n'était autre chose que la portion de la vaginale située entre l'épididyme et le testicule.

L'examen histologique que je pratiquai me permit de constater qu'il s'agissait de tuberculose locale.

Depuis l'opération jusqu'au 31 *janvier* 1887. — Dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, le malade a eu un peu de fièvre, mais sa température n'a jamais été assez élevée pour inspirer de l'inquiétude, ainsi qu'on peut le constater par la feuille de température que nous avons conservée.

La plaie a toujours offert le meilleur aspect, et dès le 21 janvier ses deux bords étaient réunis.

Le 31 *janvier* 1887. — Il n'y a plus qu'une petite plaie, mesurant 25 millimètres environ dans le sens vertical et 7 à 8 millimètres dans le sens transversal. Par la pression on fait sourdre quelques gouttes de pus.

A gauche l'état est satisfaisant également.

L'état général du malade est aussi satisfaisant que possible.

Il reste en traitement après notre départ et a guéri rapidement

Observation 21 (inédite). — *Bubon chancrello-strumeux. — Incision; pas d'amélioration. — Extirpation. — Guérison.*

L..., B. âgé de 29 ans, facteur, entré à l'hôpital du Midi, salle 4, n° 3, le 6 janvier 1887, a des antécédents alcooliques très accusés. Il avoue se griser environ trois fois par semaine. Il ne semble pas avoir d'antécédents tuberculeux. Il ne tousse pas et il n'a pas sensiblement maigri dans ces derniers temps. Rien à l'auscultation.

A son entrée à l'hôpital, il porte un bubon droit suppuré consécutif à un chancre, mais datant de 47 jours. Le malade n'a aperçu son chancre que 27 jours après l'apparition du bubon, il est très affirmatif sur ce point: un de ses frères aurait d'ailleurs présenté un bubon semblable, soigné par l'huile de foie de morue à l'intérieur.

Le chancre est unique, il siège dans le sillon balano-préputial, à droite, à environ un centimètre du frein.

Le bubon est volumineux, diffus, empâté, et on l'ouvre le 7 janvier par une incision verticale. Il ne s'écoule que peu de pus : la coupe est caséeuse ; inoculé il donne un résultat positif.

La masse ganglionnaire ne diminuant pas, on en fait l'extirpation le 18 janvier. On fait une incision verticale et on constate que les ganglions sont adhérents aux vaisseaux.

On fait deux points de suture dans le haut de la plaie.

Le 22, la plaie suppure abondamment, et le 23, il se déclare une légère lymphangite qui disparaît le 26. — La plaie est en assez bon état. On constate cependant, sur tout son pourtour et sur la face antérieure de la cuisse, de la rougeur, du gonflement et de la douleur à la pression.

La plaie bourgeonne bien et le malade sort guéri le 20 février.

Excellent état général.

Observation 22 (inédite). — *Adénite caséeuse du cou. — Incision simple. — Résultat imparfait. — Fistule.*

B... A., 19 ans, salle Saint-Pierre, n° 53, service de M. Le Fort.

Ce malade entre à l'hôpital le 1er février 1888, pour une tumeur assez volumineuse et mobile au niveau de l'angle gauche de la mâchoire inférieure.

Antécédents héréditaires : ses frères ont eu des gourmes

(étant enfants) avec des adénites strumeuses sous-maxillaires.

Lui aussi a eu des gourmes pendant son enfance.

Actuellement, il tousse un peu et l'expiration est prolongée à droite, mais il n'y a rien aux sommets.

La tumeur est apparue il y a un mois et demi (27 décembre 1887), et a augmenté peu à peu, sans autre douleur qu'une gêne dans les mouvements du cou.

Elle a maintenant le volume d'un œuf de dinde. Elle occupe la moitié supérieure de la région sterno-mastoïdienne, son extrémité supérieure atteint le lobule de l'oreille et sa partie moyenne correspond à l'angle de la mâchoire.

Cette tumeur est mobile sur les parties profondes et superficielles; elle est légèrement sensible à la pression et donne la sensation de fluctuation.

La peau a sa couleur normale ; le sterno-mastoïdien est rejeté en dehors et en arrière. Il n'y a ni troubles de déglutition, ni troubles de respiration.

On porte le diagnostic d'adénite caséeuse (M. Le Fort).

Le 16 *février* 1888, on fait une ouverture à la partie moyenne de la tumeur; on injecte et on lave au sublimé, et après avoir mis un drain on fait un pansement compressif avec des compresses d'alcool camphré.

Le 18 *février*, on refait le pansement, le drain est raccourci.

Le 20 *février*, on enlève le drain, on remplace par un pansement ouaté, avec compression.

Le 21 *février*, le malade sort de l'hôpital, il reste à peine quelques gouttes de pus séreux, et les parois de l'abcès sont recollées : trajet fistuleux néanmoins.

Observation 23 (inédite). — *Adénite sous-maxillaire suppurée. — Incision. — Inoculation positive. — Récidive. — Nouvelle incision. — Grattage. — Guérison.*

L... F., âgé de 29 ans, journalier, est d'un tempérament alcoolique; il entre le 25 mars 1887, salle Broca (M. Polaillon), n° 48.

Son père est mort à 72 ans et sa mère est morte à 80 ans.

Le malade a eu à l'âge de 12 ans un abcès à la nuque (an-

thrax?). On en fit l'ouverture et il s'écoula une quantité considérable de pus ; il dit avoir eu aussi, à l'âge de 7 ans, des « glandes nombreuses ».

Il y a quinze jours, il s'aperçut qu'il avait de la peine à manger, sans avoir de douleurs dentaires, et il y a six jours, il constata une tuméfaction sous-maxillaire qui atteignait l'angle de la mâchoire ; les douleurs sont peu vives et il n'a pas de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, on constate une tuméfaction du volume d'une mandarine, située immédiatement au-dessous du maxillaire inférieur. Elle s'étend de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire au delà de l'angle. Les téguments sont tendus, un peu roses, sans chaleur ; il se produit une légère douleur à la pression. La tumeur est fluctuante, mais elle n'est pas très mobile.

Pas de douleurs dentaires, pas de lésions pouvant expliquer l'adénite, que nous diagnostiquons phymateuse par exclusion.

On fait l'incision de la tumeur le 26 mars. Il sort un pus abondant et peu épais. On fait des lavages à l'eau phéniquée et on applique un pansement; inoculation positive à un cobaye.

28 mars. L'abcès s'est reformé. On l'incise de nouveau et on procède au grattage soigné de la cavité. On introduit une mèche de gaze iodoformée, après avoir pratiqué des lavages phéniqués.

Le 1er avril, on refait un pansement et on introduit à nouveau une mèche de gaze iodoformée.

Le malade sort guéri le 13 avril.

Observation 24 (inédite). — *Adénite strumeuse suppurée du creux sus-claviculaire. — Tuberculose pulmonaire. — Incision (opération incomplète). — Résultat nul. — Destruction du foyer par les caustiques. — Amélioration rapide, puis guérison.*

S... A., 39 ans, serrurier, entré le 9 septembre 1887, salle Broca, n° 10, service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Accidents scrofuleux du côté du cou, pendant la jeunesse, terminés par résolution. Le malade s'était toujours bien porté quand il s'aperçut, il y a six semaines, que

la région sus-claviculaire gauche augmentait de volume. Il avait en même temps de la fièvre et des douleurs lancinantes.

Le malade tousse et a beaucoup maigri, il a des sueurs abondantes. Il vient à la consultation de chirurgie, où on lui ordonne de l'huile de foie de morue, des pilules de Valette et de la pommade d'iodure de potassium. A ce moment je constate des lésions nettes de tuberculose pulmonaire.

Actuellement. On constate une tumeur du volume d'une petite orange, située en avant de la partie inférieure du sterno-mastoïdien au-dessus de la clavicule gauche. La peau est rouge, tendue, violacée; il existe quelques adhérences profondes; il y a de la fluctuation obscure et de l'œdème autour de la tumeur; la pression est douloureuse.

Il y a sept ans, le malade avait eu un abcès du même côté, au-devant du bord antérieur du trapèze; cet abcès avait guéri en huit jours; on en voit actuellement la cicatrice.

Les mouvements du cou sont restés relativement libres.

Le 12 septembre. On incise la tumeur; il en sort une quantité considérable de pus.

Le 14 septembre. On panse la plaie; le malade va bien.

Le 16 septembre. On refait le pansement; on constate qu'il y a une suppuration épaisse, peu abondante; il reste une induration considérable.

Le 18 septembre. On refait le pansement; il reste un cratère anthracoïde très induré, à parois très épaisses; on y introduit une mèche iodoformée. Le malade prend toujours de l'iodure.

Le 21 septembre. On refait le pansement; la plaie est toujours cratériforme. On y applique trois morceaux de pâte de Canquoin et on refait un pansement iodoformé.

Le soir, en refaisant le pansement, on constate que la pâte de Canquoin a formé eschare; on l'enlève et on lave la plaie à l'eau phéniquée. On refait un pansement.

Le 22 septembre. Le pansement est laissé en place.

Le 23 septembre. On refait le pansement et on constate que l'eschare se reforme.

Le 25 septembre. L'eschare s'est éliminée; il reste une cavité du volume d'une noix, franchement bourgeonnante, mais les bords sont encore phlegmoneux.

Le 28 *septembre.* On refait le pansement; la plaie a très bon aspect; on y applique du chlorure de zinc au 1/10 et on continue l'iodure.

Le 30 *septembre.* On refait le pansement; la plaie tend à disparaître.

Le 3 *octobre.* On refait le pansement; la plaie commence à bien bourgeonner, on y applique de la teinture d'iode.

Le 4 *octobre.* Le malade va bien, on lui refait son pansement.

Le 9 *octobre.* Il s'est produit un changement notable avec bourgeonnement rapide; on fait un pansement imbriqué au Vigo.

Le 12 *octobre.* L'amélioration s'accentue; il se fait un peu de suppuration au-dessous du Vigo; on refait le pansement imbriqué au Vigo.

Le 15 *octobre.* Le malade sort non guéri, mais en bon état local, rien de particulier du côté de l'état général.

Le 25 *novembre.* Nous revoyons le malade : il est presque complètement guéri, à peine si l'on trouve un petit trajet fistuleux qui, d'ailleurs, se comble de jour en jour.

Observation 25 (inédite). — *Gomme tuberculeuse de la cuisse, datant de 7 ans. — Mauvais état général sans tuberculose pulmonaire confirmée. — Opération incomplète. — Absence de traitement. — Suppuration interminable consécutive.*

S... E., coloriste sur papier peint, âgé de 17 ans, entre à l'hôpital le 20 juillet 1887, salle Broca n° 23, service de M. Polaillon.

Son père est mort à 37 ans, à la suite de paralysie générale; sa mère, âgée de 38 ans, est bien portante; il a quatre frères, tous en bonne santé.

Plein de vigueur jusqu'à 14 ans, il se livre bientôt à des excès de boisson, auxquels viennent s'ajouter deux fièvres typhoïdes, puis un érysipèle, au grand détriment de la santé du malade. A l'âge de 10 ans, il a vu se former un abcès d'origine phymateuse, au niveau du tiers supérieur de la partie postérieure de la cuisse, cet abcès a été incisé et il est resté une ouverture fistuleuse et croûteuse, suppurant peu, et n'occasionnant pas l'impotence du membre.

Il y a trois mois, on a pu remarquer l'induration des gan-

glions inguinaux du même côté, on incise et il sort beaucoup de pus ; il n'y a aucune lésion des organes génitaux.

Actuellement il a une fistule crurale en arrière, et, dans le pli de l'aine, un orifice fistuleux « en cul de poule », la peau étant adhérente aux ganglions. Le malade dit avoir eu un ganglion vertical du triangle de Scarpa et quelques ganglions sous-maxillaires actuellement insignifiants.

Son état général est assez satisfaisant, il n'a pas de sueurs nocturnes, pas de perte d'appétit, pas de diarrhée, il ne tousse pas, il crache un peu, et il a beaucoup maigri ; il y a un mois il a craché du sang ; à l'auscultation on constate quelques râles humides des sommets. Du côté des os on ne trouve aucune lésion.

Observation 26 (inédite) (résumée). — *Abcès tuberculeux de l'anus. — Lésions pulmonaires au début probables. — Incision. — Opération incomplète. — Résultat nul.*

M... J., âgé de 40 ans, sertisseur, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 57, service de M. le professeur Verneuil, le 8 octobre 1889, pour un abcès du périnée.

Le malade dit avoir eu un écoulement purulent par le rectum (par le périnée peut-être, en réalité).

Le toucher rectal et le cathétérisme de l'urèthre ne donnent rien. Il existe une petite tumeur rouge, inflammatoire, à peu près à égale distance de l'anus et de l'angle périnéo-scrotal, et cependant plus rapprochée de celui-ci.

Elle n'est évidemment pas d'origine uréthrale. L'état général n'est pas très satisfaisant : toux, amaigrissement.

J'incise le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital. Il sort par l'incision un pus épais, semi-inflammatoire et non fétide

La plaie granule d'abord bien, et le malade demande sa sortie le 14 octobre ; mais revu quelques jours après, nous constatons la pullulation des bourgeons fongueux et il y a lieu d'intervenir de nouveau.

Observation 27 (inédite) (résumée). — *Abcès de la marge de l'anus à gauche, tuberculose pulmonaire. — Cicatrisation incomplète. — Récidive à droite. — Opération incomplète. — Résultat nul ; aggravation de la fistule préexistante.*

M. A... L., âgé de 40 ans, maçon, entre à l'hôpital de la

Pitié, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 40, le 24 août 1889, pour un abcès peu profond de la marge anale droite. Il porte une cicatrice fistuleuse de la marge anale gauche, reste d'un ancien abcès. Il est de plus tuberculeux pulmonaire et offre une cavité au sommet du poumon droit.

Le 28 août, je veux l'opérer sans anesthésie et j'incise l'abcès très superficiellement. Au moment de passer la sonde cannelée, le malade fait de tels soubresauts qu'il m'est impossible de songer à finir l'opération.

On le laisse au repos, et le 31 août, il sort sur sa demande, non guéri. La fistule ancienne s'est rouverte pendant le séjour à l'hôpital.

Observation 28 (inédite). — *Abcès tuberculeux de la région anale. — Pas de lésions pulmonaires. — Incision au bistouri. — Fistule consécutive. — Pas d'aggravation de l'état général.*

Le nommé B... L., âgé de 56 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Necker, le 20 février 1888, salle Saint-Pierre, n° 57, service de M. Le Fort. Il en sort le 6 mars.

Antécédents. — A l'âge de 15 ans le malade contracte une blennorrhagie qui dure six mois et guérit complètement. Il n'a jamais eu la moindre gêne pour uriner.

Du côté droit on constate actuellement une grosse hernie inguino-scrotale congénitale, facilement réductible, et maintenue constamment par un bandage depuis l'âge de 15 ans.

Le testicule droit est plus petit que le gauche et a toujours été ainsi, au dire du malade. Il est recouvert par le paquet intestinal et occupe la partie la plus déclive du scrotum. Il n'y a pas de liquide dans la vaginale.

Débuts. — Il y a dix jours le malade a ressenti une légère douleur dans la fesse gauche, au voisinage de l'anus ; cette douleur n'a fait qu'augmenter les jours suivants, et il a dû renoncer à porter le sous-cuisse de son bandage, dont le frottement exagérait la douleur ; il affirme qu'avant cette époque il n'a jamais eu d'écorchure ni de gêne, de ce fait.

Cependant, depuis six mois il avait remarqué à la partie antérieure de la fesse gauche, en arrière de la racine des bourses, l'existence d'une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, indolente d'abord, puis se ramollissant et devenant fluctuante.

De plus, depuis huit jours est apparue une tuméfaction diffuse qui occupe toute la partie moyenne du rebord fessier, avec prédominance de la région qui avoisine l'anus.

Etat actuel. — On constate en ce point une petite éminence arrondie, du volume d'une grosse noisette, rouge, tendue, fluctuante, douloureuse à la pression. Tout autour de ce point, sur la région indurée, on remarque une rougeur légère qui ne cause pas de douleurs bien vives.

Il n'y a rien à signaler sur le pourtour même de l'anus, si ce n'est la présence de quelques paquets hémorrhoïdaires.

Le toucher rectal n'est pas très douloureux ; on ne sent pas d'induration au niveau de la partie latérale gauche qui correspond à la tuméfaction, mais la pression à ce niveau est douloureuse.

Le malade n'éprouve aucune douleur pour aller à la selle, et y va régulièrement.

Il n'y a pas de douleurs dans le pli de l'aine; on constate bien la présence de quelques ganglions, mais il en existe à peu près autant du côté opposé.

L'état général est bon. Il n'y a rien d'anormal du côté des poumons, la marche lente de la collection nous engage à porter le diagnostic d'abcès anal d'origine tuberculeuse.

Opération, 21 février. — On pratique l'ouverture au bistouri et on protège la plaie par un pansement humide à l'alcool camphré.

Le même pansement est renouvelé les jours suivants.

Résultat. — Le 6 mars le malade quitte l'hôpital. Il reste encore un petit trajet et très peu de suppuration, mais la plaie a peu de tendance à la cicatrisation; l'état général reste bon; en résumé, fistule en voie de formation.

Observation 29 (inédite). — *Ostéite tuberculeuse d'un métacarpien. — Incision. — Aucune amélioration. — Résection du métacarpien malade. — Traitement interne. — Succès opératoire. — Amélioration de l'état général.*

S... M., âgé de 16 ans, entre à l'hôpital le 13 décembre 1887, hôpital de la Pitié, service de M. le docteur Polaillon, salle Broca, 17, avec une ostéite tuberculeuse de la face dorsale de la main gauche, au niveau du troisième métacarpien. Il est malade depuis quatre mois.

Pas d'antécédents de famille. Pas de traumatisme.

Le malade a éprouvé, il y a plusieurs mois, des douleurs vives dans la main gauche. On a appliqué des sangsues, puis une tumeur fluctuante s'étant développée, on a fait l'incision un mois après. Il est sorti deux fragments osseux, puis cicatrisation partielle avec persistance des trajets fistuleux.

Le malade a été soumis à l'iodure pendant un mois. Depuis il est sorti de l'hôpital avec une fistule. Le malade est chétif et frêle, il a maigri, il ne tousse pas. Le bras gauche est un peu amaigri.

Actuellement, il existe un orifice circulaire de la partie dorsale, au niveau de la partie médiane du troisième métacarpien, non douloureux.

Un stylet introduit pénètre jusque sur l'os. Il y a ostéite.

Le 20 *décembre.* On fait une incision sur le trajet fistuleux après avoir appliqué la bande d'Esmarch. On dénude à la rugine le métacarpien. On trouve les lésions d'ostéite. Le métacarpien est sectionné à sa partie postérieure, à 2 $^{c}/^{m}$ de sa base, avec la pince de Liston, il est soulevé au davier et extirpé, puis on fait le grattage à la curette de la partie antérieure et de la partie profonde.

On enlève la bande d'Esmarch.

Pas d'hémorrhagie. On comble la plaie d'iodoforme en poudre, et on fait un pansement à la gaze iodoformée.

Le soir, rien de particulier. Il va bien.

On le soumet au traitement de l'huile de foie de morue, et on lui donne de l'iodure, un gramme.

26 *décembre.* On fait le pansement. Bon état.

31 *décembre.* Le malade ne souffre pas. Rien de particulier.

3 *janvier.* Pansement. Bon état de la plaie.

9 *janvier.* On fait le pansement. La plaie est comblée, et sera bientôt guérie si elle ne devient pas fongueuse.

15 *janvier.* Pansement. La plaie va bien. Elle est presque cicatrisée. Très bon état.

Un peu de raideur des doigts, par suite de l'appareil plâtré appliqué après l'opération.

Bon état général.

Le malade sort de l'hôpital *le* 17 *janvier* 1888. Il est envoyé à Vincennes; la cicatrisation est complète, il a récupéré ses forces et repris de l'embonpoint.

Observation 30 (inédite) (résumée). — *Ostéite tuberculeuse de la malléole externe. — Synovite des péroniers latéraux. — Grattage en* 1887, *puis résection partielle la même année. — Persistance d'une fistule. — Extraction d'un petit séquestre. — Pas d'amélioration.*

Le nommé R... G., âgé de 37 ans, chaudronnier, entré à l'hôpital Necker le 20 février 1888, service de M. Le Fort, salle Saint-Pierre, n° 10.

Antécédents. — Le malade a été anciennement traité dans le service pour une synovite fongueuse des péroniers latéraux.

Il a subi un grattage le 15 mars 1887 et une résection partielle de la malléole externe (gauche) le 24 novembre 1887. Le 23 janvier, il part à Vincennes et peut y marcher durant son séjour.

Le 20 février, il revient de Vincennes.

Etat actuel. — Il présente au niveau du pied quelques petites plaies qu'il attribue à l'iodoforme, en même temps que de l'œdème. Il marche sans claudication. Son état général est bon.

Au niveau de la partie antérieure de la malléole, on voit un petit orifice fistuleux par lequel un stylet arrive sur un point osseux dénudé, très restreint. A la face postérieure de la malléole externe existe un autre petit orifice fistuleux, aboutissant à un très petit trajet fongueux.

Traitement. — 5 *mars.* — On extrait par la fistule antérieure un très petit fragment osseux qui est détaché. En arrière, le stylet touche l'os qui n'est pas dénudé.

3 *avril.* — On renouvelle le pansement tous les deux jours.

8 *avril.* — L'état se maintient stationnaire.

23 *avril.* — L'état local ne varie pas; le malade part à Vincennes.

Observation 31 (inédite). — *Abcès froid costal récidivant. — Incision. — Grattage. — Amélioration, mais guérison incomplète..*

F... C., âgé de 48 ans, cocher, entré le 23 novembre 1888, salle Malgaigne, n° 27, service de M. Le Fort.

Antécédents héréditaires. — Parents morts de vieillesse.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, il y a un an, au Gros-Caillou, la suette miliaire (forme légère).

Il est ordinairement bien portant et n'a jamais eu de pleurésie.

Il a eu une première poussée d'abcès cervicaux ganglionnaires il y a dix mois, quinze jours après la guérison de la suette et pendant sa convalescence ; il a été soigné par le Dr W... ; il existait à ce moment un point osseux douloureux, siégeant un peu en dehors de l'orifice fistuleux actuel.

On appliqua des cataplasmes et l'abcès s'ouvrit spontanément ; le pus qui en sortit était verdâtre, assez épais, mais ne contenait aucune particule osseuse.

La poche inférieure se ferma à la partie inférieure ; mais il resta un clapier à sa partie supérieure. Le malade reprit néanmoins son travail.

Il restait alors un large orifice fistuleux auquel le malade ne prit pas garde ; mais il y a un mois, il constata du gonflement du côté de la mamelle gauche, gonflement qui augmenta progressivement.

En pressant au niveau de la mamelle, le malade fait sourdre du pus par l'orifice juxta-sternal ; ce pus passe par un trajet convexe supérieurement et que le malade indique fort bien.

L'état général est excellent ; le malade a même de l'embonpoint.

29 *novembre.* — Le malade est anesthésié par le chloroforme ; on fait sur la sonde cannelée une incision au-dessous du mamelon ; on tombe alors sur une poche assez étendue, dont un point situé à la partie interne présente un clapier ; on gratte ce clapier, ainsi que le trajet fistuleux qui mène de ce clapier à l'orifice fistuleux pré-sternal. Il n'y a aucune côte dénudée.

On introduit un drain dans le trajet fistuleux et la plaie opératoire.

On suture cette plaie avec cinq ou six points de fil d'argent ; et on applique un pansement ordinaire.

30 *novembre.* — L'état du malade est satisfaisant ; on ne touche pas au pansement.

4 *décembre.* — On fait un pansement, on supprime le drain et on enlève les points de suture : la réunion est complète.

Il reste sur la suture un petit trajet fistuleux qui persiste

encore le 27 décembre, date de la sortie du malade; à cette date, le malade fait encore sourdre par la pression du pus situé profondement.

Observation 32 (inédite). — *Tumeur blanche du poignet. — Intervention incomplète. — Aggravation de l'état local ou au moins résultat nul.*

P... L., coupeur, 33 ans, entré le 9 décembre 1889, salle Saint-Landry. Service de M. Verneuil, suppléé par M. Ricard.

Le père est mort d'accident; la mère, qui a 64 ans, est rhumatisante. Il a eu neuf frères ou sœurs : trois sont morts tout jeunes, trois autres ont succombé à la scrofule, à la rougeole, au croup, une sœur de 22 ans est faible de tête et de santé.

Le malade lui-même a toujours été faible; tout enfant, il a eu des éruptions nombreuses (?) De dix à onze ans et demi, il reste alité pour des douleurs abdominales (?) A dix-sept ans, une blessure qu'il se fait au pied guérit bien, à dix-huit ans le malade est atteint d'eczéma. Le malade n'a jamais toussé beaucoup et n'a jamais craché de sang.

En septembre 1888, il fait une chute sur la main. Il n'en continua pas moins son travail. A ce moment apparaît à la face antérieure du poignet une petite tumeur grosse comme une noisette, qui grossit lentement; bientôt l'annulaire et l'auriculaire de la main droite se tuméfient, et le malade, qui souffre beaucoup de ce chef et qui a été obligé d'interrompre son travail, vient à la consultation. On le fait entrer le 9 décembre 1889.

Le 27 décembre 1889, opération par M. Ricard. Anesthésie par le chloroforme. Incision longitudinale de quatre ou cinq centimètres sur le bord radial de la face antérieure du poignet droit. M. Ricard fait le curage de la plaie. Il tombe sur un amas de fongosités; les os du carpe sont complètement envahis. La curette les traverse sans peine et vient faire saillie sous la peau, à la face dorsale du poignet. M. Ricard, ne voulant pas entreprendre sans le consentement préalable du malade, une opération plus importante, le laisse s'éveiller.

L'état général, bon avant l'opération, reste bon après, mais l'état local s'aggrave.

On fait dans le foyer quelques injections d'éther iodoformé

avec une seringue de Pravaz. Mais la lésion étant très avancée, les fongosités pullulent et envahissent la gaine antibrachiale. En résumé, résultat médiocre ou mauvais; il faut intervenir radicalement. Le 10 avril 1890, il subit l'amputation de l'avant-bras.

Observation 33 (inédite) (résumée). — *Coxalgie suppurée chez un tuberculeux. — Résection. — Opération incomplète. — Récidive sur place. — Aggravation locale. — Désarticulation de cuisse. — Mort.*

M. V..., H., âgé de 28 ans, dessinateur, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 5, service de M. Polaillon, pour une coxalgie suppurée : il présente des lésions pulmonaires. Le 14 août on pratique la résection de la hanche; il n'a pu supporter l'appareil, la réunion échoue; et le 5 février il faut intervenir de nouveau pour réséquer une portion de fémur qui fait issue par la plaie. On fait la désarticulation du membre le 30 avril; il reste, vers le bassin, des trajets fistuleux multiples, et la désarticulation elle-même est nécessitée par l'absence totale de travail réparatoire au niveau du foyer de résection. L'état général est très mauvais. Le malade sort le 22 juin 1887, pour retourner dans sa famille.

Il rentre le 1er *juillet*, après une chute légère. La plaie suppure largement et il existe des trajets nombreux : fistulisation de la région le 7 juillet, l'état général est mauvais et la suppuration excessivement abondante.

9 *juillet*. — Apparition de purpura et d'echtyma. Le malade présente l'aspect scorbutique. Deux jours après, le maxillaire supérieur semble se nécroser au niveau d'une dent arrachée et les taches pétéchiales persistent.

12 *juillet*. — L'état du malade est très mauvais. Il perd ses matières en diarrhée fétide et grisâtre. Il respire difficilement.

Il meurt le 14 juillet, à 8 heures 10 du soir.

Observation 34 (inédite).— *Tumeur blanche du genou.— Lésions pulmonaires. — Résection (opération incomplète). — Amélioration de l'état local puis aggravation de l'état général. — Amputation de cuisse (opération complète). — Succès opératoire. — Amélioration considérable de l'état général.*

E. F..., âgé de 19 ans, garçon de café, entre le

25 janvier 1888, pour une tumeur blanche du genou, à l'hôpital Necker, où il occupe le numéro 11 de la salle Saint-Pierre. (Service de M. Le Fort).

Comme antécédents héréditaires, on trouve un père mort depuis longtemps et que le malade n'a pas connu, une mère faible et maladive.

Le malade s'est aperçu, il y a deux ans, qu'il avait de la difficulté pour descendre les escaliers. Il s'est alors traité le genou droit par l'alcool camphré. Au bout de six mois, son genou commençait à gonfler et à devenir douloureux.

En janvier 1887, il entre dans le service de M. Duplay, à Lariboisière, où il reste près de deux mois immobilisé dans un appareil plâtré. On lui a appliqué des vésicatoires et des pointes de feu, ce qui n'a pas fait diminuer la tuméfaction du genou.

Le malade étant gêné et souffrant se présenta alors à Necker. A son entrée, on constate que le genou droit est déformé, globuleux, toutefois sans rougeur. De plus, il y a une légère augmentation de température. Le malade ressent parfois des élancements dans le genou. Un point situé au niveau de la partie interne de l'interligne articulaire est particulièrement douloureux à la pression. On ne constate d'ailleurs pas la présence de liquide dans l'articulation; le tibia seulement paraît augmenté de volume à son extrémité supérieure : le malade est faible, amaigri, tousse et a des sueurs nocturnes : quelques râles bulleux aux deux sommets.

Le 27 janvier on place la jambe dans une gouttière plâtrée et on fait la compression ; mais le 25 juillet, M. le Fort pratiqua la résection du genou : les lésions sont très diffuses et il faut faire le grattage des nombreux trajets fistuleux. Opération assez laborieuse et nécessairement incomplète.

L'état local fut d'abord bon et la réunion cutanée s'effectua ; mais au bout de deux mois la repullulation des fongosités était évidente; il y eut fistulisation de la région; l'état général est mauvais : émaciation, fièvre vespérale et M. le Fort dut amputer la cuisse, vers le mois de décembre.

L'amélioration de l'état général est considérable. Malgré des lésions pulmonaires non douteuses le malade reprend de l'embonpoint et des forces, l'appétit et la gaîté reviennent.

Il ne faut pas cependant être trop exclusif, et si dans la

plupart des cas il faut éviter une opération incomplète et la regarder en général, comme mauvaise, il est quelques cas où le chirurgien a la main forcée, où il fait de parti pris une opération incomplète, parce qu'il ne peut faire mieux ou parce que celle-ci est une dernière tentative avant une opération plus radicale, souvent une mutilation. Ce sont des cas semblables que nous avons pu observer à la clinique de M. Verneuil, lorsqu'il opéra, le 29 mars 1889, un kyste poplité rempli de fongosités, coïncidant avec une hydarthrose qui devait être de même nature: « Cela, disait-il, était d'un pronostic des plus graves et entraînait l'amputation totale du membre si le diagnostic était confirmé par l'inoculation. »

Dans la même séance opératoire, il opéra une malade présentant une synovite fongueuse de la main et du doigt ; or, l'ablation du doigt, ainsi que le faisait remarquer l'opérateur lui-même, ne pouvait suffire à constituer une opération complète ; et il faudra nécessairement instituer un traitement mixte, chirurgical pour la gaine accessible, celle du doigt, thérapeutique ou topique pour la portion restante des fongosités.

Le 1er avril de la même année, il s'agissait encore d'un malade qui présentait une synovite du petit doigt et de la partie interne de la gaine commune des tendons fléchisseurs. Inoculation positive. Tuberculose pulmonaire. Il eût fallu amputer le doigt ; mais alors l'opération restait incomplète, comme dans le cas précédent. L'incision et le grattage étaient presque impossibles dans une pareille région, et l'amputation de l'avant-bras seule eût pu donner une certitude d'avoir pratiqué une opération complète. C'est donc dans les cas de ce genre qu'il y a lieu de faire une tentative conservatrice avant d'en venir au sacrifice toujours si grave, quoique parfois nécessaire, du membre.

Voici quelques observations qui se rapportent à des interventions incomplètes suivies de succès opératoire.

Observation 35 (inédite). — *Bubon chancrello-strumeux énorme. — Extirpation. — Traitement interne. — Réunion secondaire. — Marche normale de la réparation, malgré une opération incomplète.*

Le nommé L... C., âgé de 23 ans, est entré le 20 décembre 1886, à l'hôpital du Midi, service de M. Humbert, salle 4.

Le malade entre dans le service avec un bubon gauche strumeux énorme, en voie de ramollissement, développé à la suite d'un chancre simple du sillon. La lésion date de 15 jours. Ce bubon est très volumineux, de la grosseur du poing environ, de sorte qu'on ne tente pas l'incision et on décide d'extraire la masse ganglionnaire.

Opération. — 4 janvier, on fait l'incision verticale, et le curage ne peut être complet à cause de l'adhérence aux vaisseaux, on place un point de suture à la partie supérieure et trois à la partie inférieure. Le 8 janvier, on enlève les fils; la réunion n'est pas faite, la suppuration est abondante.

État général. — L'état général est satisfaisant. Le malade a eu autrefois la petite vérole, la rougeole, la jaunisse. Il est un peu sourd (otite pendant la jeunesse).

Traitement. — Il consiste en quinquina, sirop d'iodure de fer. Le malade prend deux cuillerées d'huile de foie de morue et deux grammes d'iodure de potassium par jour.

La cicatrisation demande encore quelque temps, elle sera complète le 1er mars ; l'état de la plaie est très bon et l'état général n'a pas varié.

Inoculation sous-cutanée à un lapin (oreille); meurt tuberculeux.

Bacilles dans le pus.

Observation 36 (inédite).— *Bubon strumeux. — Pas de lésions pulmonaires. — Curage incomplet. — Guérison néanmoins.*

D... E., âgé de 22 ans, entré le 10 décembre, salle 4, lit n° 21, service de M. Humbert, au Midi.

Ce jeune homme, un peu strumeux, quoique de bonne santé apparente, présente des ganglions au cou et de la blépharite ciliaire ; cicatrices cervicales d'adénopathie ; il porte de plus un bubon droit, dont on ne connaît pas l'origine et qui fut ouvert en ville il y. a 35 jours ; on lui administre

2 cuillerées d'huile de foie de morue et 2 gr. d'iodure de potassium dès le 13 décembre, jour de l'entrée; mais le bubon étant manifestement strumeux, on l'opère.

Le 21 novembre, on fait une incision verticale presque circulaire qui, dans ces cas, nous a paru hâter considérablement la cicatrisation, on tombe sur une masse volumineuse : curage incomplet, les ganglions, dans la partie profonde, adhérant aux vaisseaux.

La température s'élève un jour à 38° 2, puis revient à 37°2.

Le 8 janvier, l'état du malade est excellent, la plaie marche franchement vers la cicatrisation, les bourgeons ont très bon aspect.

Le malade sort guéri, le 25 janvier, avec une cicatrice peu apparente malgré l'étendue de l'intervention. Excellent état général.

Examen du pus, bacilles.

Observation 37 (inédite). — *Tumeur blanche du coude. — Pas de lésions pulmonaires. — Résection : excision incomplète des fongosités. — Résultat opératoire très bon. — Amélioration de l'état général.*

A... H., âgé de 33 ans, chaisier, entré dans la salle Broca, n° 13, service de M. Polaillon, le 4 octobre 1887, pour une tumeur blanche du coude droit.

Son père et sa mère sont en très bonne santé, il a perdu trois sœurs, une de fièvre typhoïde, la cause de la mort de la seconde est inconnue, la troisième est morte de traumatisme à l'âge de 5 ans.

Jusqu'en 1876, rien de particulier du côté du bras ; mais à cette époque, étant au régiment, il sentit un craquement en faisant du gymnase ; il n'a pas eu froid ni reçu de choc violent. Jusqu'en 1885, il ressent une douleur qui ne s'oppose pas à la continuation de son travail, les mouvements de flexion sont possibles, mais il ne peut mettre son bras en extension complète. De 1885 jusqu'au 22 juin 1887, il travaille, mais le mal augmente, la douleur apparaît par accès qui l'obligent à interrompre ses occupations. Le gonflement est très peu sensible, il a un peu maigri, mais ne tousse pas, pas de signes stéthoscopiques; cependant il se sent peu vigoureux et n'a aucun appétit ; depuis le mois de juin, il se trouve dans l'état où nous le voyons actuellement, il ne peut plus se servir de la main droite.

En ce moment le bras droit est amaigri, de même que l'avant-bras, qui paraît œdémateux, les doigts paraissent plus volumineux que ceux du côté opposé. Par suite de la cessation de travail, les ongles ont acquis des proportions notables. Le pli du coude est déformé; à ce niveau, on voit un renflement considérable fusiforme ; le coude, de forme circulaire, a 32 centimètres de circonférence, celui du côté opposé n'ayant environ que 27.

La pression est douloureuse au niveau des ligaments latéraux internes et externes et du ligament antérieur, mais pas en arrière, les gouttières olécraniennes sont effacées.

Tout mouvement de l'articulation étant impossible, on ne peut percevoir ni craquements ni frottements, mais on sent sous la peau une masse fongueuse, empâtée, très étendue.

Le malade ne peut soulever le bras, il est obligé de se servir de l'autre main, il ne peut pas non plus serrer avec sa main droite.

Aucun traitement n'a été suivi d'une façon continue, on lui a appliqué quelques pointes de feu. Quant à la sensibilité, elle n'a pas disparu, elle est intacte aussi bien dans le bras que dans l'avant-bras et la main.

Le 6 octobre on l'opère. La bande d'Esmarck est appliquée au bras ; on fait une incision cutanée en baïonnette, on dénude l'olécrane à la rugine, la tête du radius et l'extrémité inférieure de l'humérus. On excise aux ciseaux une notable quantité de tissu fongueux, les cartilages articulaires sont complètement ramollis et se détachent facilement de l'épiphyse, surtout du côté de l'humérus ; il reste des fongosités.

On scie une large portion d'os, environ cinq centimètres d'humérus et plus de six centimètres de cubitus ; on fait un lavage de l'articulation, et quatre ou cinq ligatures de vaisseaux ; la plaie reste sanglante.

La peau est suturée au fil d'argent, on applique deux gros drains, sans avoir fait de suture osseuse.

Pansement à la gaze iodoformée et à la ouate salicylée ; le bras est immobilisé, allongé dans un plâtre.

Le soir le malade ressent une douleur assez vive, sa température monte à 38°, 4, mais on n'a pas besoin d'intervenir, on prescrit un tood.

Le 7 octobre, au matin, sa température est redescendue à 37°, 6, il a très peu dormi, mais il ne souffre pas beaucoup, le soir il va tout à fait bien, il a 37°.

Les jours suivants, rien à constater de particulier,

Le 25 octobre, on refait son pansement à la poudre d'iodoforme et à la gaze iodoformée.

Le 9 novembre, je refais le pansement, il n'y a pas de suppuration.

Le plâtre enlevé, on en replace un nouveau ; le bras étant en flexion à angle droit, j'enlève les deux fils d'argent, la plaie est en très bon état.

Le malade sort le 26 novembre avec son plâtre.

Le 26 décembre 1887. Le malade rentre de nouveau dans le service, la réunion cutanée est complète, mais il n'y a pas de soudure osseuse, les mouvements spontanés de l'avant-bras sont impossibles, il peut toutefois serrer avec la main.

Il existe encore un gonflement de l'article.

En résumé, le résultat obtenu est bon quant à la lésion locale, assez bon seulement au point de vue fonctionnel.

Revu chez lui le 2 janvier, il n'a qu'un simple bandage roulé sans appareil prothétique.

Le malade a présenté un notable embonpoint et a repris des forces et de l'appétit.

Sans recourir aux observations déjà publiées, nous trouvons donc dans nos notes de nombreux cas où l'opération n'a eu en définitive qu'un résultat médiocre. Quelques résections en sont un bon exemple, les ostéites nous en fournissent un autre; enfin nous trouverons dans les testicules tuberculeux suppurés avant l'intervention un nouvel argument. N'est-ce pas là l'éternelle repullulation des fongosités dans les gaines synoviales, la lenteur interminable, l'incurabilité souvent des abcès par congestion, et des affections ganglionnaires ? Nous venons de publier quelques-uns de ces résultats : on ne peut les taxer de bons ; quelques-uns sont nuls, ils ne sont pas mauvais et font partie des résultats médiocres. Et nous pouvons y joindre le suivant.

Observation 38 (inédite) (résumée). — *Synovite et arthrite fongueuse. — Amputation du doigt et d'un métacarpien. — Grattage. — Pas d'amélioration.*

B..., A..., 27 ans, vitrier, entré le 5 mars, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 31.

Ce malade est atteint d'une synovite et arthrite fongueuse de la main qui a débuté un an avant son entrée à l'hopital : empâtement considérable de la région; trajets fistuleux au niveau du 5e métacarpien, mais propagation aux gaines du poignet; il y a lieu de faire une opération double pour la région métacarpienne (extirpation) et pour la région anti-brachiale.

Le 12 *avril*, on lui fait l'amputation du petit doigt et du métacarpien, et le raclage des fongosités de l'avant-bras. Le malade sort de l'hôpital le 6 juillet, la main très empâtée et il reste un drain sous-carpien: il n'y a pas notable amélioration, les fongosités repullulent et il y aura lieu de tenter la cure par l'iodoforme.

Enfin nous trouvons également dans le deuxième volume des « Mémoires de chirurgie » (1) quelques observations qui ont trait à une récidive locale immédiate, quelquefois après une intervention incomplète.

Observation X (Verneuil, t. II, page 413). Scrofule dans l'enfance. Ostéoarthrite du pied. Résection de plusieurs os du tarse. Résultat nul. (Amputation tibio-tarsienne avec résection des malléoles.) Etat général satisfaisant. Le succès opératoire n'est pas complet trois mois après : fistules du moignon.

Et plus loin, page 622, ce chirurgien divise les opérations en : radicales, incomplètes et insuffisantes. Voyons ce qu'il dit de ces dernières : « Il s'agit d'une carie d'un ou de plusieurs des os du pied ; on pratique l'extirpation des os malades, la carie récidive dans les os voisins ; on fait l'amputation de Chopart : la carie récidive dans l'astragale et le calcanéum. On finit par couper la jambe. Je dis qu'on a fait alors au moins une, souvent deux opérations insuffisantes. »

(1) Verneuil.

C'est malheureusement un fait fréquent dans les interventions sur le pied ; le chirurgien croit pouvoir se contenter du sacrifice partiel, tant qu'il espère sauver le pied, et ne fait souvent le sacrifice suffisant que lorsque la question se pose du niveau de la jambe auquel il faudra amputer.

Observation (Verneuil, t. II, page 691). Ostéoarthrite du pied, suppuration. Echec du traitement général. Désarticulation tibio-tarsienne. Réunion partielle. Persistance de deux fistules. Aggravation de l'état général. Amputation de la jambe à la partie moyenne. Guérison. Amélioration de l'état général. Cette observation montre l'influence sur l'état général des opérations complètes et incomplètes.

Observation IV. (Ablation de métacarpiens. *Ibid.*, page 785). Ostéite (nécrose) du premier métacarpien ; extraction avec conservation de la gaine périostique ; point de guérison ; fongosités abondantes de la gaine. Absence de guérison. Nouvel essai de conservation ; deux ans après, inflammation violente ; extirpation du pouce, guérison.

CHAPITRE III

Amélioration de l'état général après l'opération

On peut dire que le résultat est bon, alors même que l'état local n'est pas sensiblement changé ou aggravé, si l'état général est modifié en bien par l'intervention. Plusieurs des observations inédites que nous publions, l'observation du professeur Le Fort rapportée plus loin, en font foi.

Mais il faudrait savoir si ces améliorations sont stables, si elles ne dépendent pas temporairement de la suppression d'une cause d'épuisement, en d'autres termes, s'il n'y a pas une simple trève après laquelle l'affection reprendra son cours ; pour cela il faudrait voir et suivre les malades, et c'est la plus grande difficulté à laquelle se soient heurtés les chirurgiens.

Enfin les résultats immédiats dépendent du genre d'intervention : à cet égard, après avoir relu un grand nombre d'observations publiées et compulsé les nôtres, nous croyons pouvoir établir la règle suivante :

1° Le maximum opératoire est applicable aux tuberculoses bien localisées, non diffuses aux tissus voisins (exérèse) ;

2° Dans les tuberculoses locales étendues ou diffuses, il faut appliquer le minimum de traitement (topiques, injections modificatrices) ;

3° Dans l'une et l'autre le résultat paraît heureusement influencé par le traitement préopératoire ; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce sujet.

La nature de l'intervention et le siège de la lésion ne sont pas eux-mêmes indifférents, car, s'il est vrai qu'on peut sou-

vent obtenir des résultats immédiats des plus satisfaisants dans les affections articulaires par la résection, dans quelques tuberculoses ganglionnaires, on sait, d'autre part, les mauvais résultats qui peuvent suivre le traitement institué pour des ostéites ou la cure radicale de certains abcès froids, par l'intervention sanglante.

Mais, d'autre part, il est juste de mettre au passif des affections ostéoarticulaires surtout, les cas de poussée aiguë que nous avons vu mentionner à plusieurs reprises et que nous avons observés nous-mêmes dans un nombre relativement considérable de cas; ainsi que nous le montrons plus loin d'ailleurs, cette fréquence des complications graves et mortelles dans le traitement des affections tuberculeuses des articulations s'étend aux moindres traumatismes, le redressement d'une ankylose, par exemple.

Quelques tuberculoses locales ont d'ailleurs, au point de vue de l'intervention, une gravité spéciale. A propos d'une malade de son service, dont nous rapporterons l'observation, M. le professeur Verneuil, dans sa clinique du 17 juin 1889, faisait remarquer ce fait. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, ayant eu des gourmes pendant sa jeunesse et présentant actuellement des ganglions cervicaux, dont l'un était suppuré. En même temps, elle portait du côté de la mamelle une tumeur assez limitée, sous forme de plaque, de 4 à 5 centimètres de diamètre, sans adhérences profondes ou cutanées, avec concomitance de ganglions axillaires et d'un tractus induré qui réunissait nettement la tumeur mammaire aux ganglions de l'aisselle. Après avoir discuté le diagnostic et conclu à la tuberculose mammaire, affection rare, M. Verneuil faisait observer que le pronostic était peu bénin. Dans un cas où il est intervenu pour une affection de ce genre, la malade est morte avec généralisation.

Nous avons encore interrogé M. Polaillon sur l'influence de l'opération sur l'état général des malades tuberculeux

antérieurement à l'opération : il la croit bonne d'une façon générale; il faut cependant pour que cet effet soit observé que l'opération satisfasse à quelques conditions, telles que : antisepsie, réunion immédiate, par conséquent absence de suppuration. Si le contraire a lieu, on peut observer au contraire une influence défavorable de l'acte opératoire, puisqu'il a pour résultat d'épuiser le malade pour subvenir aux frais nécessaires à la réparation de la brèche opératoire. « Pour obtenir le succès thérapeutique, il faut assurer le succès opératoire. » (Verneuil.)

Parmi les cas où l'intervention a eu les plus heureux résultats sur l'amélioration de l'état général, nous devons citer un cas dû à la pratique du professeur Le Fort (Académie de médecine, 1861), observation qu'il a développée dans sa clinique du 20 décembre 1888 sur l'intervention chez les tuberculeux. Il s'agit d'un malade atteint de lésions pulmonaires que M. Le Fort dut amputer du poignet droit et de la cuisse pour manifestations tuberculeuses locales ; or, loin de constater après l'opération l'aggravation de l'état général, on remarqua que la toux avait diminué et que les bacilles qui pullulaient auparavant dans les crachats s'y trouvaient en moindre proportion. Longtemps après l'opération, le malade était encore à Bicêtre. M. Le Fort, dans la même clinique, faisait l'histoire d'un malade ayant déjà subi plusieurs amputations et qu'il allait amputer de l'avant-bras pour une nouvelle tumeur blanche : or, ce malade ne présentait aucune lésion pulmonaire, fait sur lequel s'appuie d'ailleurs le professeur Le Fort pour repousser l'assimilation de la tuberculose et de la scrofule. Or, son malade déjà opéré plusieurs fois supporta bien l'opération (1), et nous pûmes constater sa guérison et la reprise de l'embonpoint et de l'état général, à plusieurs reprises menacés par la manifestation locale.

(1) Nous publierons plus loin son observation.

Nous ne voulons pas soulever cette grosse question de la dualité de la scrofule et de la tuberculose invoquée dans ce cas par notre maître. Les faits semblent plaider, il faut bien l'avouer, en faveur de l'identité.

Cependant au dernier Congrès de la tuberculose, M. Arloing a fait à ce propos, sur les récidives locales, quelques remarques qui intéressent notre sujet. Il pose la question suivante :

« Y a-t-il chez l'homme deux variétés de tuberculose, l'une méritant le nom de scrofule et répondant à un type clinique connu, l'autre méritant véritablement le nom de tuberculose ? »

Il y a certaines formes d'adénites strumeuses, de scrofulides cutanées qui ne se comportent pas à l'inoculation comme la tuberculose vulgaire. Y aurait-il là une variété nouvelle de tuberculose? Ce serait aller au delà de la pensée de M. Arloing que d'affirmer une telle chose ; mais on peut dire que l'inoculation rend de grands services dans le diagnostic de ces deux manières d'être de la tuberculose. Les manifestations scrofuleuses ne donnent jamais d'inoculations positives sur le lapin, elles ne donnent des résultats, et souvent minimes, que chez le cobaye, dont on a déjà constaté la sensibilité à l'égard de tout ce qui est tuberculose. De sorte que, quand un produit tuberculeux donne une inoculation positive chez le cobaye, nulle chez le lapin, on doit admettre que cette lésion tuberculeuse a une essence plus bénigne, moins extensive, moins infectieuse que la tuberculose vulgaire.

Sur les conseils de M. Ollier, M. Arloing s'est livré à une série de recherches sur les malades tuberculeux, soumis à une opération chirurgicale quelconque, grattage d'abcès froid, évidement, résection, etc., et, après avoir enregistré les résultats de l'inoculation, il a comparé le pronostic expérimental au pronostic réel de la lésion première. Les faits ne sont pas encore très nombreux, car ils ne sont qu'au nombre de 17. Mais cependant, on peut en tirer quelques renseigne-

ments fort importants. Sur ces 17 malades, 8 fois le diagnostic expérimental fut : scrofule ; dans les 9 autres cas, ce fut le diagnostic de la tuberculose qui fut porté, c'est-à-dire que dans ces 9 cas, l'inoculation fut positive pour le cobaye et le lapin.

En recherchant ce que devinrent les malades, on voit une certaine concordance entre les résultats de la clinique et de l'expérimentation.

Sur les 8 malades diagnostiqués scrofuleux, il y eut 2 guérisons absolues, 2 guérisons incomplètes, 4 furent perdus de vue.

Sur les 9 malades diagnostiqués tuberculeux, il y eut 2 morts, 4 non améliorés et qui au bout de dix-huit mois, suppuraient encore, 1 guérison ; 2 furent perdus de vue.

Dans tous les cas de tuberculose cutanée, même chez des sujets nettement atteints de tuberculose pulmonaire, l'inoculation au lapin fut négative ; il paraît donc résulter des expériences de M. Arloing, que les lésions tuberculeuses de la peau sont toujours moins infectieuses que celles des viscères.

M. Daremberg a vu une tuberculose inoculée à un lapin, rester locale pendant plusieurs années. La culture qui avait servi à l'expérimentation avait été laissée, plusieurs jours, par mégarde, exposée à la température de la chambre. Cette lésion tuberculeuse, ainsi produite, ne put jamais être réinoculée à un autre lapin adulte, mais elle donna une tuberculose généralisée chez des cobayes et des lapins très jeunes. L'agent infectieux était évidemment, là, dans un état d'impuissance relative.

M. Nocard ne voit qu'une chose dans les expériences de M. Arloing, c'est qu'il y a des cas où le bacille est peu actif ou en petite quantité, et que, dans ces cas que M. Arloing appelle scrofule, l'inoculation est faible ou nulle. Mais pour lui, il ne saurait y avoir de doute ; les lésions scrofuleuses sont nettement tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit l'opération a souvent sur l'état général des malades le plus heureux résultat lorsqu'ils sont antérieurement tuberculeux.

Nous empruntons au 2e volume des « Mémoires de chirurgie » de M. Verneuil le résumé de quelques observations qui plaident en ce sens.

Verneuil. — Observation III. Ostéoarthrite du pied. Congestion pulmonaire, avec crachats hémoptoïques. Amputation de jambe. Guérison retardée par échec de la suture. La santé générale est tellement modifiée, qu'à peine le patient était reconnaissable (page 400, t. II).

Verneuil. — Observation. (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1re série, t. IX, p. 9, 1858, et *Mémoires de chirurgie.*) Amputation de la jambe, p. 625. Ostéite tibio-tarsienne. Mauvais état général. Amputation sus-malléolaire. Réunion immédiate. Retour de l'appétit et de l'embonpoint.

Observation II. (*Mém. sur la désarticul. tibio-tarsienne*, t. II, page 667, Verneuil.) Carie des os du tarse. Altération de l'état général. Amputation tibio-tarsienne. Cicatrisation lente. Amélioration très notable de l'état général. Cachexie scrofuleuse 7 mois après. Mort un mois et demi après.

Observation. (Valette, *Mémoires de chirurgie*, Verneuil, t. II, page 688.) Ostéite tarsienne chez un jeune sujet chétif. État général mauvais. Désarticulation du pied. Émigration à la campagne. Amélioration surprenante de l'état général. Séjour à Lyon. Le malade peut reprendre un travail fatigant. Excellent état local. Succès opératoire et thérapeutique.

Verneuil. — Observation. (*Ibid.*, page 695.) Ostéoarthrite tarso-métatarsienne chez une fillette de 10 ans. Faiblesse de l'état général. Amputation tibio-tarsienne, la sous-astragalienne étant insuffisante. Excellent état général, celui-ci est amélioré sensiblement.

AUTRES OBSERVATIONS (1)

Amélioration de l'état général

Observation XIII. (Th. Finelli, 1878, Montpellier, p. 35.) Tumeur blanche suppurée du genou. Tuberculose au début. Amputation. État général satisfaisant.

Obs. XV. (Chassaignac, *Traité de la suppuration*, p. 361.) Tuberculose des os du tarse. Phtisie au second degré. Amputation au tiers inférieur. L'état général est amélioré.

Obs. XVI. (Dr Savory, *The Lancet*, 1879, t. I.) Amputation au tiers inférieur de l'avant-bras, dans un cas de phtisie avancée ; succès de l'opération, amélioration des symptômes pulmonaires.

Obs. LIV. (Cadeau, Th. Paris, 1874, p. 29). Abcès rétro-malléolaires répétés. Pleurésie. Hémoptysie. Évidement du péroné. Amélioration sensible de l'état général.

Obs. LV. (Th. Tostivint, 1868, p. 66.) Coxalgie de la hanche, luxation. Phtisie avancée. Résection ; amélioration de l'état général.

Obs. XLVI. (Th. de Roux, 1875, p. 47.) Tuberculose du coude. Amaigrissement considérable. Pas d'hémoptysie. Résection du coude. Guérison. Amélioration de l'état général.

Nous-même en avons recueilli un grand nombre d'exemples.

Observation 39 (inédite). — *Bubon chancrello-strumeux double. — Extirpation. — Réunion secondaire. — Guérison. — Embonpoint.*

A... C..., âgé de 30 ans, entre le 6 décembre dans le service de M. le docteur Humbert, au Midi, nº 15, salle 4.

Il porte à droite un bubon strumeux, très volumineux, qui date de deux mois et demi. Ce bubon s'est développé à la suite d'un chancre mou. Le malade n'a pas d'antécédents syphilitiques.

D'une bonne santé habituelle, il a seulement présenté des

(1) Citées *in* Thèse de Leroux.

accidents scrofuleux à l'âge de 8 ans, gourmes et ganglions, il a seulement eu une blennorrhagie il y a 6 ans, cependant il a notablement maigri depuis deux mois ; lésions pulmonaires au début.

Le 10 décembre, on fait une incision parallèle au pli de l'aine, en excisant largement la peau, puis on extirpe les ganglions malades et on laisse la plaie se réunir par seconde intention. Il y a de la suppuration, mais pas de fièvre ; la température s'est toujours maintenue au-dessous de 37°8.

Le 12 janvier, le malade, qui est en bon état, commence à prendre de l'embonpoint.

Le 14, on enlève un ganglion gauche entièrement suppuré et au-dessous un autre ganglion consistant et de forme ovalaire.

La réunion de la plaie échoue. Enfin, le 5 février, le malade quitte l'hôpital, guéri.

Observation 40 (inédite). — *Fistule anale. — Lésions pulmonaires. — Opération au thermo-cautère. — Succès opératoire. — Amélioration de l'état général.*

M. G... F..., âgé de 20 ans, riveur, entre à l'hôpital de la Pitié, le 8 août 1889, salle Michon, n° 50, service de M. Verneuil, pour une petite fistule à la fesse droite.

Son état général est grave. Il tousse, il crache, il a des sueurs et de la fièvre le soir, les lésions pulmonaires sont avancées ; il présente du souffle cavitaire à droite.

On le soumet au traitement par l'iodoforme et son état général s'améliore.

Je l'opère le 10 août avec le thermo-cautère, après l'avoir anesthésié, et je lui mets une mèche iodoformée.

Quoique non cicatrisé, le trajet fistuleux peut être considéré comme guéri à bref délai, le 27 août, et son état général s'améliore sensiblement.

Observation 41 (inédite). — *Abcès froid du thorax chez un tuberculeux. — Curettage. — Amélioration locale et générale.*

G... H., âgé de 53 ans, journalier, entré le 25 mai 1888, salle Saint-Pierre, n° 17, service de M. Le Fort.

Antécédents héréditaires. Nuls. Parents morts très âgés.

Antécédents personnels. Le malade a eu il y a cinq ans une pleurésie droite, pour laquelle il a été ponctionné deux fois à l'hôpital Necker; après un séjour de deux mois et demi à l'hôpital, il va à Vincennes, ne gardant de sa pleurésie qu'un peu de dyspnée; il a cependant maigri, tousse et a l'habitus extérieur d'un phtisique; à l'auscultation on entend de nombreux râles humides.

Il y a deux ans, le malade reçoit, au-dessous du mamelon gauche, un coup de poing, traumatisme passé presque inaperçu; huit jours après, il lui vint une petite tumeur non douloureuse, située à trois travers de doigts au-dessous du mamelon.

La tumeur prend peu à peu du volume et, depuis un an, elle présente l'aspect et le volume qu'elle possède actuellement.

Le développement de la tumeur n'a pas été douloureux; le malade éprouve cependant de la douleur quand il se couche de ce côté; la peau n'a jamais changé de coloration; on a appliqué à diverses reprises de la teinture d'iode. Depuis quelque temps, lorsque le malade tousse ou éternue, il ressent de ce côté des douleurs assez vives; pour tousser, il est obligé de comprimer la tumeur avec la main.

Actuellement, la tumeur a le volume d'un petit poing; elle siège à la région antéro-latérale gauche du thorax, à trois travers de doigt de la ligne médiane, s'étendant jusqu'au-dessous du mamelon d'une part et à quatre travers de doigt au-dessus d'autre part.

La tumeur présente un aspect trilobé de feuille de trèfle; cette lobulation s'accentue dans les efforts que font les muscles de la cage thoracique; la tumeur est un peu résistante et présente une fluctuation qui paraît nette, mais qui, en somme, est très atténuée par la fixation de la tumeur, et semble produite plutôt par son déplacement que dans l'intérieur même de la tumeur. Cette fluctuation est très comparable à celle du lipôme.

La tumeur n'est ni réductible ni sonore; elle ne présente pas d'expansion.

La peau ne présente aucun changement de coloration; elle n'est pas adhérente mais souple, molle, et ne présente aucun point douloureux.

La tumeur paraît un peu adhérente aux parties profondes et

cette adhérence se prononce par la contraction des muscles quand on dit au malade de s'asseoir sur son lit.

La douleur fait d'ailleurs complètement défaut, elle n'est pas spontanée et la pression ne la fait pas naître. On constate cependant quelques douleurs vagues quand le malade tousse ou éternue.

28 mai. La ponction pratiquée avec l'appareil Potain ne donne que fort peu de pus grumeleux.

7 juin. On opère le malade, après lui avoir donné le chloroforme. La tumeur est incisée, l'abcès ouvert, la poche disséquée; on arrive ainsi sur le grand pectoral, mais on reconnaît alors la présence d'une nouvelle poche située sous le muscle et remplie d'un pus caséeux qu'on retire avec une curette.

On ferme la plaie par cinq points de suture en fil d'argent. Pas d'autre pansement.

15 juin. Les lèvres de la plaie sont à peu près réunies; cependant on laisse les fils d'argent, qu'on ne retire que le 18 juin.

Le 25 juin, le malade part pour Vincennes; il est presque guéri ; il reste un trajet fistuleux. Embonpoint notable.

Observation 42 (inédite) (résumée). — *Ostéoarthrite. — Lésions pulmonaires. — Résection sterno-claviculaire. — Persistance de trajets fistuleux. — Amélioration de l'état général.*

M. J.-J., âgé de 42 ans, journalier, entre à l'hôpital le 30 mars 1889, hôpital de la Pitié, service de M. le docteur Verneuil, salle Michon, n° 23, sous le diagnostic ostéo-arthrite sterno-claviculaire.

Lésions pulmonaires peu avancées. Assez mauvais état général cependant. Toux, crachats nombreux. Amaigrissement.

On lui fait la résection sterno-claviculaire, le *3 avril* 1889. La température atteint le soir 39°. Le lendemain, *4 avril*, la température atteint seulement 38° 7. Le 5 *avril* elle redevient normale, et elle l'est jusqu'au 5 *mai* 1889, où elle commence à remonter; elle atteint 38° 6. A partir de cette époque, la température redevient normale. Le malade sort de l'hôpital le 2 juillet 1889, avec quelques trajets fistuleux. L'état général s'est sensiblement amélioré ; il a repris des forces et de l'embonpoint ; les lésions pulmonaires restent *stationnaires*.

Observation 43 (inédite). — *Abcès froid costal. — Tuberculose pulmonaire. — Incision, grattage et évidement, créosote à l'intérieur. — Amélioration sensible de l'état général. — Persistance d'une fistule.*

Ch. A., âgé de 46 ans, entre le 20 *décembre* 1889, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Verneuil (salle St-Landry, n° 22), avec un abcès costo-sternal gauche, suppuré, non ouvert. Le malade, qui est de plus alcoolique, est très nettement tuberculeux des poumons. Il a un frère également tuberculeux; pas d'ascendants tuberculeux. Le 31 *décembre*, M. Ricard fait l'incision cruciale de cet abcès, évacue le pus, gratte la poche et évide à la gouge le cartilage costal et la portion correspondante du bord du sternum. On fait la suture en croix et l'on pose un drain. Les fils sont enlevés le sixième jour. La réunion se fait bien, sauf au point de jonction des lambeaux. La cavité qui existe au-dessous de la cicatrice cutanée diminue notablement, et a presque disparu le jour de la sortie. Depuis l'opération, le malade a été soumis au traitement par la créosote, car il avait des lésions pulmonaires notables; la température a oscillé entre 37 et 38°4 maximum.

Le malade sort de l'hôpital le 20 *janvier* 1890, avec une fistule qui n'a point de tendance à disparaître malgré quelques injections d'éther iodoformé; l'état général est sensiblement amélioré depuis l'opération et le *traitement interne* par la créosote. Revu huit jours après sa sortie, le malade présente encore une fistule.

Observation 44 (inédite). — *Tumeur blanche du genou. — Pas de lésions pulmonaires. — Résection du genou. — Grattage des fongosités. — Succès opératoire. — Amélioration de l'état général.*

V... F..., âgé de 38 ans, terrassier, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 36, service de M. Polaillon, le 19 *mars* 1886, avec une arthrite chronique fongueuse du genou, ayant débuté en 1884, avec fistules extrêmement nombreuses depuis février 1886.

Etat du malade. Pas de tuberculose pulmonaire.

Le 10 *avril* 1886. On anesthésie le malade par le chloro-

forme. On applique la bande d'Esmarck, et on fait une incision semi-lunaire, comprenant la rotule qui est extirpée.

On fait la section de l'extrémité inférieure du fémur, et de l'extrémité supérieure du tibia.

On fait le grattage, et on résèque les fongosités. On fait la suture osseuse au fil d'argent, on suture également la peau au fil d'argent.

On place deux drains. On fait un pansement de Lister, et on immobilise au moyen de l'appareil plâtré. Il est retiré le 15 *mai* 1887. Les pansements ne sont faits que très rarement. Bonne guérison. La santé générale gagne beaucoup. Il commence à récupérer des forces, mais le genou n'est pas encore soudé, et il ne peut pas s'appuyer sur son membre sans le secours d'une béquille.

Le malade sort de l'hôpital le 11 *octobre* 1887. Il est envoyé à Vincennes.

Observation 45 (inédite). — *Tumeur blanche du genou datant de deux ans. — Lésions pulmonaires. — Ancienne épididymite tuberculeuse. — Poussée aiguë vers l'articulation malade. — Aggravation de l'état général. — Épididymite tuberculeuse aigue. — Funiculite suppurée. — Aggravation locale du côté du genou. — Amputation de cuisse. — Succès opératoire. — Amélioration du côté de l'épididyme. — Amélioration de l'état général.*

A... Ph..., domestique, âgé de 22 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires. Ses ascendants ont toujours joui d'une bonne santé. Son père est mort et sa mère vit encore.

Il n'a jamais eu de maladie sérieuse, sauf en 1886, une hydrocèle symptomatique d'une épididymite tuberculeuse ; on en fit la ponction. Il se plaint depuis deux ans de douleurs dans le genou. Il a une prostate volumineuse. Le testicule présente un trajet fistuleux. A l'auscultation, on constate une expiration rude et prolongée.

Le genou droit est volumineux, empâté, rempli de fongosités. Le malade y ressent des douleurs spontanées, plus vives lorsqu'on fait faire des mouvements à l'articulation. Il y a hypertrophie pileuse du membre malade. La marche est impossible. Le malade souffre beaucoup au niveau de l'épigastre et a du gargouillement iléo-cæcal.

Le 15 *février*, au soir, frisson, et fièvre qui se continue le 16 et le 17, avec exacerbation le soir.

Le 16, au soir, on fait une injection de morphine qui calme la douleur épigastrique.

Dans la nuit du 16 au 17, il se produit une rétention d'urine ; je le sonde avec un n° 11, les autres sondes ne pouvant passer. Le genou est le siège de phénomènes aigus. La douleur est excessive dans les culs-de-sac de l'articulation.

La suppuration dans l'articulation est probable.

17 *février*. — On met le membre malade dans une gouttière et on applique un cataplasme laudanisé.

18 *février*. — Le malade ne peut absolument pas dormir. On lui donne une pilule d'opium.

19 et 20 *février*. — Il est faible, mange peu, et le genou est toujours très douloureux.

22 *février*. — Le malade maigrit; il devient pâle et a des sueurs nocturnes abondantes. L'appétit est nul. Il est assoupi toute la journée.

22 *février au* 5 *mars*. — La douleur subsiste toujours. L'épididyme et le cordon anciennement malade deviennent douloureux. Il ne mange pas, et ne dort pas la nuit. Pendant toute la journée, il est somnolent. L'articulation est toujours tendue et excessivement douloureuse.

14 *au* 16 *Mars*. L'épididyme est le siège d'une poussée aiguë et douloureuse. On met un cataplasme laudanisé.

16 *au* 20 *mars*. — Il se produit une poussée aiguë du côté du cordon; le malade est assoupi toute la journée et ne mange pas.

26 *mars*. — On constate de la rougeur et de la douleur sur le trajet inguinal du cordon droit.

31 *mars*. — L'abcès inguinal droit est fluctuant. On en fait l'ouverture. L'état général reste stationnaire.

15 *avril*. — Poussée aiguë vers l'articulation, ouverture à l'extérieur : en six jours la région se fistulise et il est impossible de songer à la conservation.

21 *avril*. — On fait une amputation circulaire à la partie inférieure de la cuisse et une suture au fil d'argent. On applique le pansement de Lister. Le soir, le malade est très abattu.

22 *avril*. — L'état du malade est satisfaisant ; il se produit des vomissements dans la nuit.

28 *avril.* — On fait un premier pansement; on retire un tube. La plaie suppure. L'état local et général est bon.

9 *mai.* — On panse à nouveau le malade, qui mange bien.

30 *mai.* — Le malade est envoyé à Vincennes. Il a pris un embonpoint notable depuis l'opération ; il mange bien ; l'épididymite tuberculeuse est en pleine résolution.

Observation 46 (inédite). — *Scapulalgie. — Lésions pulmonaires probables. — Résection. — Amélioration de l'état général.*

B... E..., 35 ans, opticien, entré le 25 décembre 1887, salle Broca, n° 20, service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 48 ans, à la suite d'une opération abdominale. Père bien portant, a actuellement 63 ans. Un frère bien portant ; une sœur morte à 3 mois ; un autre frère mort d'angine à 1 an.

Début il y a 4 ans : le malade s'aperçoit que le travail à la lime le fatigue ; un soir, il ressent brusquement une gêne vive dans l'épaule droite. Il continue à travailler. En trois ans, il arrive insensiblement à ne plus pouvoir se servir de son bras : pas de gonflement, pas d'amaigrissement. Il fait successivement des frictions à l'essence de térébenthine, prend de l'iodure de potassium ; on fait quelques pointes de feu. Finalement M. Lancereaux l'adresse à M. Polaillon.

Jusque-là aucune amélioration de l'état local. L'état général reste assez bon.

En janvier 1887, premier trajet qui s'ouvre au niveau du V deltoïdien au bout d'un mois ; il persiste trois semaines et se ferme spontanément. — Autre abcès deux mois après le premier. Celui-ci fournit un écoulement pendant deux mois, puis se tarit ; le bras gonfle de nouveau et l'abcès se rouvre ; l'orifice est situé sur la paroi thoracique, près du tendon du grand pectoral.

Depuis trois mois, le malade a peu maigri ; pas de mouvement fébrile. Actuellement nous constatons un orifice fistuleux immédiatement en dedans du V deltoïdien, le stylet pénètre profondément.

Autre orifice situé immédiatement au-dessous du tendon du grand pectoral ; la sonde cannelée y pénètre de 10 centimètres et rencontre l'os au niveau du col chirurgical, au-dessous de

la tête. Il y a une notable atrophie du moignon de l'épaule; la force dynamométrique des muscles de la main est conservée. Le bras abandonné à lui-même est en abduction, mais le malade ne peut l'élever. Les mouvements communiqués se passent surtout au niveau de l'omoplate; la tête, fortement déplacée en avant, est perceptible sous les téguments, en dehors de la coracoïde. Les mouvements communiqués réveillent la douleur vers la tête subluxée en avant; la pression est peu douloureuse. Le malade tousse un peu depuis six semaines. Pas de lésion appréciable du sommet droit. Respiration obscure et submatité à gauche. Le malade crache peu.

On opère le malade le 3 janvier. On tombe sur la tête humérale, qui est très malade; on la dénude au bistouri et à la rugine; on passe une attelle et on résèque 6 ou 7 centimètres de tête d'humérus; on gratte le trajet fistuleux qui s'étend jusqu'à la tête et on gratte à la curette la cavité glénoïde.

On insuffle de la poudre d'iodoforme en abondance; on fait des ligatures de soie et on suture au fil d'argent; puis on fait un pansement phéniqué humide et on maintient le bras appliqué contre le thorax. Le soir, le malade dit « qu'il a étouffé »; il a vomi dans la journée. Température : 37°4.

Examen de la pièce : la tête cartilagineuse est recouverte de fongosités; le cartilage est exfolié; la coulisse bicipitale est très altérée, et le tendon exfolié, presque détruit. Au centre de la tête spongieuse se trouve un tubercule volumineux et ramolli.

La cavité glénoïde est tout exfoliée; on remarque de nombreuses fongosités périarticulaires; il y en a également qui remplissent le canal fistuleux.

Le 4 janvier, au soir. — Le malade va mieux; il a encore vomi et a soif; il a été ce matin à la selle.

Le 5 janvier. — Le malade va bien, il a un peu d'appétit et n'a pas souffert cette nuit; on laisse le pansement, et le soir on donne au malade 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 6 janvier. — Le malade va bien, il a bien dormi; en refaisant le pansement, on constate que la plaie est en bon état; il y a eu un écoulement séro-sanguin, mais pas de pus proprement dit.

On refait un pansement de Lister humide; les douleurs qu'il éprouve alors ne sont pas trop vives.

Le soir, le pouls est rapide ; on donne au malade 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 8 janvier. — Le malade va assez bien ; les pilules de sulfate de quinine agissent moins que les cachets.

Le 10 janvier. — On refait le pansement et on lave la plaie ; on n'enlève pas de fils ; le malade va bien ; son bras est toujours immobile le long du thorax. L'appétit revient.

Le 14 janvier. — On refait le pansement ; on enlève des fils ; le lavage que l'on fait alors fait sortir en abondance du pus qui s'était accumulé dans un cul-de-sac.

Le 15 janvier. — Le malade va très bien.

Le 17 janvier. — On refait le pansement, le malade va bien.

Le 19 janvier. — En faisant le pansement, on constate que la suppuration est très abondante ; on fait un lavage.

On introduit dans la plaie de la gaze iodoformée ; le pus s'accumule vers l'attache deltoïdienne.

Le 25 janvier. — En faisant le pansement, on constate que la suppuration subsiste toujours ; l'état général est stationnaire.

Le 29 janvier. — Le malade se lève, va et vient dans la salle.

Le 31 janvier. — On refait le pansement et des lavages.

L'état du malade s'améliore.

Le 3 février. — On refait le pansement ; on incise le trajet fistuleux, le pus coule en abondance ; l'état général est bon ; le malade mange bien, mais tousse, on lui donne du Todd, du vin de quinquina, du sirop diacode.

Le 9 février. — On refait le pansement, le malade tousse, crache, vomit.

Le 11 février. — Le malade s'ennuie dans le service ; il sort avec son bras en écharpe, il reviendra se faire panser dans quatre jours. Amélioration de l'état général. Le malade a repris un peu d'embonpoint. Appétit et vigueur musculaire.

Le malade n'a pas été revu ; il est à l'hôpital de M. Lancereaux.

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur le pronostic tout à fait différent de l'opération, suivant qu'elle supprime ou non un foyer de suppuration l'hecticité chez les tuberculeux pouvant provenir soit du foyer de résorption, soit de l'infection pulmonaire.

C'est un fait banal que l'amélioration générale de certains opérés après l'intervention, et les exemples se comptent par centaines.

L'opinion des auteurs est unanime à cet égard.

En Allemagne, Fock (*Archives de Langenbeck*, t. I, page 80) affirme qu'on doit attendre de l'opération l'amélioration de l'état général chaque fois que l'hecticité est provoquée par la suppuration, et c'est peut être la raison qui a poussé Doutrelepont (*Archives de Langenbeck*, t. VI) à préférer l'amputation à la résection, dont il craignait encore à cette époque les suites interminables.

Depuis longtemps Bauchet, et surtout Cadeau (Th. de Paris, 1874), dans son travail sur l'influence des suppurations prolongées sur la production des tubercules pulmonaires, signalait l'amélioration qui suivait l'intervention.

C'est encore l'opinion de notre maître le professeur Le Fort, que nous interrogions dernièrement à ce sujet ; mais on en peut tirer un enseignement de plus, remarque sur laquelle insiste fort M. Polaillon : c'est que pour que le bénéfice soit complet il faut que la suppression de la surface de suppuration spontanée soit totale ; et le chirurgien doit bien se garder, sous peine de nullité, des résultats de la simple substitution d'une plaie opératoire suppurante à une autre plaie ; chez les tuberculeux, autant et plus qu'ailleurs, la réunion immédiate est désirable, et l'antisepsie rigoureuse seule peut assurer non seulement le succès opératoire mais son rétentissement favorable sur l'état général.

Enfin dans des cas plus rares, véritables exemples de guérison, les lésions pulmonaires, loin de s'aggraver, ont disparu après l'opération.

OBSERVATIONS (1)

Observation II. (Cadeau, p. 26.) — Symptômes de tuberculi-

(1) Citées *in* Thèse de Leroux.

sation pulmonaire consécutifs à une suppuration osseuse et disparaissant avec elle par l'amputation. (Service de M. Guérin. Obs. de M. Pozzi.)

Obs. III. (Dr Mascarel, *France Médicale*, 1876, no 52.) Tumeur blanche; phtisie au premier degré; amputation, guérison. — Hémoptysie un an après. Rétablissement complet.

Obs. XLVIII. (Le Fort, *Acad. de Médecine*, 1861, p. 500. — Ericksen, *The Lancet*, 1857, t. I, p. 310.) Enfant, 7 ans. Abcès multiples, carie de l'articulation coxo-fémorale. Toux depuis quatre ans. Résection. Guérison. Les symptômes de phtisie ont disparu.

Assez souvent enfin l'état reste stationnaire.

Obs. VII. (Thèse de Clipet.) Tumeur blanche du coude. Tuberculose pulmonaire depuis quinze ans. Assez bon état général. Amputation du bras. Succès opératoire complet quinze jours après. Amélioration de l'état général. Le malade est revu cinq mois après. État stationnaire des lésions pulmonaires.

Observation 47 (inédite). — *Bubon strumeux. — Tuberculose pulmonaire au début. — Extirpation large. — Échec de la réunion immédiate. — Guérison : pas de changement du côté de l'état général.*

A. C..., âgé de 46 ans, coltineur, entre le 13 décembre 1886, dans le service de M. Humbert, au Midi, lit n° 5, salle 4. Facies strumeux, porte des ganglions cervicaux en voie de développement.

Il présente à gauche un bubon suppuré datant de quarante jours. Ce bubon est consécutif à une lésion anale ou peut-être bien à un chancre mou. Six ans avant son entrée au Midi, le malade a eu la syphilis et il a été soigné à la salle 6 du même hôpital; il affirme que les ganglions inguinaux sont depuis longtemps volumineux.

Deux ans plus tard, il a un nouveau chancre qui dure à peu près un mois. Enfin depuis trois mois, il tousse et il a un peu maigri; à l'auscultation nous constatons au sommet quelques râles fins, bulleux, de tuberculose au début.

A son entrée son bubon date de quarante jours. On l'opère le mardi 28 décembre 1886. On fait une incision perpendicu-

laire à l'arcade de Fallope avec excision d'une notable quantité de peau. Puis on opère la réunion au moyen d'une suture complète au fil d'argent, et une suture superficielle au crin de Florence, en laissant un drain dans la plaie.

Le 8 janvier, la réunion est parfaite en deux points seulement, quelques autres ne se sont pas réunis.

Le 12, le malade est considéré comme guéri et il peut sortir de l'hôpital le 15 janvier ; *l'état général n'est nullement modifié.*

Observation 48 (inédite). — *Fistule anale chez un tuberculeux. — Incision au thermocautère. — Amélioration locale. — État stationnaire des lésions pulmonaires.*

D... M., âgé de 26 ans, ébéniste, salle Broca, n° 21, entré le 6 janvier 1888, service de M. Polaillon.

Antécédents. Nuls.

Le malade a une fistule anale double, siégeant à deux centimètres de part et d'autre de l'orifice anal.

Cette fistule suppure beaucoup; elle présente un orifice en cul de poule ; elle a débuté par un abcès qui ne remontait pas très haut.

Le 9 janvier. Le malade prend un bain, se purge et est mis au régime lacté.

Le 10 janvier. On débride ces deux fistules avec une sonde cannelée et le thermocautère. Après anesthésie. Mèche iodoformée.

Le 15 janvier. Les trajets incisés bourgeonnent bien. L'état général du malade est satisfaisant. L'auscultation révèle des signes de tuberculose du côté des poumons.

Le malade prend un bain.

Le 27 janvier. L'état du malade n'est pas mauvais; la plaie bourgeonne.

Le 4 février. Le malade sort en voie de guérison ; les lésions pulmonaires restent stationnaires.

Observation 49 (inédite). — *Abcès de la marge de l'anus chez un tuberculeux. — Incision. — Récidive immédiate de l'au-*

tre côté. — Deuxième incision : persistance d'une fistule. — État stationnaire de l'état général.

P...E., 35 ans, célibataire, épicier, entre le 16 mai 1887, service de M. Polaillon, salle Broca, lit n° 4.

Antécédents héréditaires. Son père a 68 ans et est bien portant, sa mère est morte d'une gastrite à 42 ans ; il a 2 sœurs, toutes deux bien portantes.

Antécédents personnels. Le malade a été bien portant jusqu'à 21 ans ; à ce moment, il est atteint d'une fièvre intermittente. Il y a 2 ans, il a commencé à tousser, a eu des sueurs nocturnes, de l'hémoptysie, et une diarrhée qui a duré huit mois. Il éprouve de la douleur au niveau des sommets. Sa respiration est très soufflante. Il dit n'avoir pas maigri, et son appétit est normal.

Début de l'affection. Il y a un mois qu'il vit apparaître une légère tumeur au niveau de la marge de l'anus. Il y a 8 jours, cette tumeur prit un développement rapide.

État actuel. On trouve une tumeur du volume d'une petite mandarine à la partie latérale droite de la marge de l'anus ; la fluctuation est évidente. La peau est rouge. Le malade n'a pas eu d'hémorrhoïdes ; il a eu un peu de fièvre. Il éprouve des douleurs vives, lancinantes, et a appliqué des cataplasmes de farine de graine de lin.

7 *mai.* On incise l'abcès, puis on y fait des lavages, on y introduit une mèche iodoformée et on fait un pansement humide.

8 *mai.* Pansement. Le malade va bien.

9 *mai.* L'ouverture faite à l'abcès s'est obstruée, et un abcès semblable apparaît de l'autre côté. On ordonne des bains.

13 *mai.* L'abcès ouvert suppure beaucoup ; de l'autre côté l'état est stationnaire. On fait un pansement iodoformé.

14 *mai.* La suppuration est toujours abondante, on agrandit légèrement l'incision.

17 *mai.* On ouvre le 2e abcès, qui donne lieu à une suppuration assez abondante. On y met un petit drain.

19 *mai.* Très bon état. Le premier abcès ouvert tend à rester fistuleux.

20 *mai.* Le malade n'a pas été à la selle depuis huit jours et il éprouve de la difficulté à uriner. On le purge.

22 *mai.* On fait un pansement au sublimé.

25 *mai*. Le malade sort de l'hôpital avec une fistule ; l'état général n'a pas été sensiblement modifié.

Observation 50 (résumée). — *Fistule anale chez une tuberculeuse. — Opération. — Guérison. — Récidive*

R...B., entrée salle Lisfranc, à la Pitié, le 21 mai 1889. Lésion pulmonaire au début. Opérée il y a 4 mois à l'hôpital Dubois; guérison complète en 25 jours. — Récidive depuis 8 jours. État général satisfaisant depuis la première opération.

Observation 51 (inédite) (résumée).— *Abcès froid costal chez un tuberculeux. — Injection iodoformée. — Guérison. — Un peu d'amélioration de l'état général.*

V... A., 41 ans, journalier, entré à la Pitié, salle Michon, n° 49, le 1er juin 1889.

Le malade présente sur le côté droit du thorax, entre la septième et la huitième côte, un abcès qu'il fait remonter à quinze jours. Le malade est émacié, tousse; sueurs nocturnes, lésions pulmonaires.

Le pus inoculé montre que cet abcès est tuberculeux, on lui fait des piqûres d'éther iodoformé, et au bout de quelques jours il se forme une fistule assez vaste. On fait un pansement iodoformé et des eschares se produisent bientôt.

Le 23 juillet, au bout de deux mois environ, le malade va à Vincennes; il est presque guéri, l'état général est moyennement satisfaisant et ne paraît pas avoir été influencé par l'opération.

Observation 52 (inédite) (résumée). — *Tumeur blanche tibio-tarsienne. — Amputation. — Bon état local.*

M..., E., agé de 26 ans, relayeur d'omnibus, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, service de M. Polaillon, n° 15, le 15 mars 1887, pour une tumeur blanche avec fistule de l'articulation tibio-tarsienne : le malade porte des lésions pulmonaires ; assez bon état général cependant.

On fait la désarticulation tibio-tarsienne, avec résection des malléoles, le 3 février 1886.

On suture les lèvres de la plaie; réunion par première intention.

Le malade va à Vincennes le 1er mars.

Il rentre à l'hôpital le 15 mars, pour avoir un appareil prothétique ; son état local et l'état général ne se modifient pas.

Il sort le 31 mars, les mesures pour l'appareil étant prises ; l'état général et local ne sont point modifiés.

CHAPITRE IV

Opinion de quelques auteurs sur la valeur des résultats immédiats

C'est dans un sens favorable qu'ont conclu les chirurgiens qui ont pris la parole au congrès de 1889.

M. Verneuil lui-même a reconnu que bien souvent les résultats immédiats étaient bons. « On a le droit, dit-il, d'être optimiste, lorsqu'il s'agit de ces résultats immédiats. »

M. Ollier après lui compare les résultats des amputations et des résections. Beaucoup de tuberculoses locales, dit-il, bénéficient considérablement des interventions, et il cite des malades opérés depuis cinq à six ans qui marchent bien et dont la santé est bonne.

Notons en passant une remarque de M. Ollier qui est des plus intéressantes : « Les cas les plus favorables, dit-il, sont les cas de tuberculose éteinte qui n'ont laissé que des reliquats de tubercules, des fistules, des inflammations chroniques sans bacilles. » Si cela est, pensons-nous, cette véritable *tuberculose chronique prolongée* aurait plus d'une analogie avec l'ostéomyélite du même nom, et l'on sait que l'intervention y est le plus souvent favorable. Mais il ne faut pas oublier toutefois que le réveil de la diathèse y est encore possible : « Pour qu'il y ait colonisation, dit le professeur Verneuil, il faut qu'il y ait des colons mais ceux-ci peuvent ne point exister à l'état prospère. » M. Ollier fait d'ailleurs lui-même cette restriction : « Je sais bien, dit-il, que la différence entre les tuberculoses éteintes et les tuberculoses somnolentes est bien difficile à établir. »

Il reconnaît lui-même que le sacrifice large et complet donne des résultats immédiats beaucoup plus satisfaisants que la résection, et implicitement il admet le résultat immédiat médiocre de la résection. C'est surtout en relisant la communication si intéressante de M. Ollier, que nous nous attendions à trouver cette constatation, que nous avons faite, que des diverses interventions, celles qui avaient pour objet la tuberculose ostéo-articulaire prédisposaient le plus aux complications générales; or, dit cet auteur : « Ces infections rapides dont on surprend l'éclosion après une intervention ne doivent point charger l'acte opératoire ; ces accidents me semblent devoir être mis sur le compte de complications viscérales qu'on avait méconnues. »

Cette assertion est bien gratuite; car à supposer même que l'on eût constaté antérieurement à l'acte opératoire des lésions nettes du poumon, rarement très avancées, sans quoi l'on n'eût pas opéré, il resterait encore à expliquer leur aggravation assez rapide pour déterminer une issue funeste.

La statistique de M. Démosthène de Bucharest comprend 281 opérations qui ont donné une mortalité de 4,2 % : les résultats immédiats ont toujours été bons ; nous verrons plus loin quels ont été les résultats éloignés.

Nous avons déjà exposé l'opinion de M. Bousquet, de Clermont-Ferrand, opinion tout à fait optimiste, puisque « loin d'avoir jamais observé une aggravation, il a toujours noté une amélioration sensible de l'état général ».

Quoique moins affirmatif, car il craint pour ses malades et l'anesthésie et le repos au lit avec réaction fébrile, M. Mollière, de Lyon, se déclare partisan de ces opérations ; et après lui MM. Houzel de Boulogne-sur-Mer, et Queirel, de Marseille, concluent encore à l'intervention.

M. Routier, à l'exemple de M. Démosthène, publie une statistique.

88 opérations, l'année dernière, n'avaient donné qu'un décès par amputation de cuisse, et encore cette mort avait-elle eu pour cause une pneumonie franche.

Cette année, 150 opérations ont donné deux morts seulement, et nous y voyons figurer de grosses opérations : 21 amputations de jambe et de cuisse, 1 Chopart, 12 résections du genou, 6 du coude, 1 tibiotarsienne, 5 castrations, etc...

Comme M. Ollier, M. Routier n'a point constaté de réveil de la diathèse ; aussi se croit-il en droit d'affirmer que maintenant, plus encore qu'il y a quelques années, il est convaincu de l'innocuité et de l'efficacité de ces interventions ; en somme, dit-il, les opérations chez les tuberculeux sont bénignes, l'état général est plutôt influencé en bien.

En poursuivant l'examen des conclusions auxquelles sont arrivés les chirurgiens qui se sont occupés de la question, nous trouvons encore la statistique de Bœckel, de Strasbourg, laquelle mérite d'être prise en sérieuse considération, puisqu'elle s'étend sur une période de 14 ans, de 1875 à 1888 exclusivement : 204 cas, dont 53 amputations et 151 résections (127 sur les grandes articulations). La mortalité générale des amputés est de 8 %, celle des réséqués de 12 %. (Nous publions plus loin cette statistique *in extenso* (V. suites éloignées).

Mais nous retrouvons ici une donnée importante. « J'ai observé, dit l'auteur, 14 morts tardives par pneumonie, albuminurie et tuberculose ; ces morts par tuberculose sont au nombre de 11. A quelle époque ont-elles eu lieu ? nous ne le savons ; il faut leur ajouter 16 morts plus ou moins rapides, dont 9 par tuberculose.

La tuberculose entre donc pour un chiffre important dans le pourcentage de mortalité de cette statistique, et nous tenons d'autant plus à le faire remarquer qu'elle porte uniquement sur les opérations intéressant les articulations.

M. Le Dentu se déclare partisan de l'opération ; pour lui aussi, l'explosion de la méningite peut être une coïncidence.

J'ai observé quelquefois des méningites aiguës, survenues pendant l'évolution d'une tuberculose périphérique et sans qu'il y eût d'acte opératoire à incriminer. Mais au moment où cet auteur parle d'un cas de granulie après intervention par le thermocautère dans une arthrite fongueuse du genou, il nous donne un argument de plus qui plaide en faveur de l'opinion que nous émettions plus haut, à savoir que *quand il s'agit d'articulations malades, l'intensité du traitement n'entre pour rien dans l'explosion possible des accidents généraux, puisqu'à plusieurs reprises, le redressement simple, un coup, une chute, ont suffi à les provoquer.*

Il est à remarquer encore que dans la statistique que fournit M. Schwartz et qui comprend environ 200 cas, les suites immédiates, au dire de cet auteur, ont été constamment bénignes ; nous y trouvons cependant un cas de castration suivi de mort à bref délai par tuberculose pulmonaire. M. Schwartz signale le « point noir » : 5 poussées aiguës ou subaiguës d'autant plus caractéristiques que l'un de ces cas a rapport à un traumatisme insignifiant, fistule à l'anus, et peut être rapproché du cas similaire que nous avons observé à Necker, dans le service de notre maître le professeur Le Fort.

Dans la relation de 68 observations, M. Léonté, de Bucharest, cite encore un cas de tuberculose généralisée à la suite d'une résection du genou, et cet auteur, qui a surtout en vue les suites éloignées des opérations, donne le triste tableau de ce qu'il lui a été donné d'observer : « La récidive, dit-il, constitue l'écueil contre lequel presque inévitablement tous nos efforts se brisent dans cette lutte contre les tuberculoses locales. »

Nous verrons plus loin les résultats auxquels nous sommes arrivé de notre côté, en réunissant les statistiques opératoires des maîtres dont nous avons été l'interne.

COMPLICATIONS IMMÉDIATES

CHAPITRE PREMIER

De l'échec de la réunion immédiate et des cicatrices difformes

Quelque bénignes que soient en apparence, de l'avis de presque tous les auteurs, les interventions chez les tuberculeux, elles ne sont point cependant exemptes de complications : les unes peu importantes, je veux dire ne déterminant pas de conséquences immédiatement graves ; les autres sérieuses, pouvant même entraîner un pronostic fatal.

Le retentissement du choc opératoire et les conséquences ou l'échec de l'opération peuvent porter soit sur le foyer opératoire lui-même, soit sur l'état général.

Au point de vue local, c'est surtout l'échec de la réunion que l'on peut craindre. Plusieurs cas peuvent se présenter : ou bien le malade offrait antérieurement à l'opération des signes de tuberculisation pulmonaire ; ou bien ces signes faisaient défaut ; ou ils étaient peu accusés et ont pu passer inaperçus. Dans un mode simple d'échec opératoire, l'état général n'est pas influencé. Nous venons de voir que l'ablation des néoformations bacillaires donnait d'excellents résultats et ne différait en rien, au point de vue de l'opération, de la suture et du résultat immédiat des opérations pratiquées pour les tumeurs les plus bénignes, l'hypertrophie ganglionnaire simple, par exemple, ou les tumeurs fibro-adénomateuses. Mais il faut pour obtenir pareil résultat que l'infiltration tuberculeuse ait été limitée à l'organe enlevé et qu'elle n'ait aucun retentissement dans le voisinage. C'est ce qui

arrive pour l'extirpation d'un ganglion par exemple, alors même qu'il est caséeux à la coupe, si le processus ne s'est point accompagné de périadénite, et nous pourrions ajouter volontiers si l'opération a été bien faite. Il y a là une question d'expérience admise par tous les chirurgiens et que démontrent amplement les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour et auxquelles nous joignons la plupart de celles que nous avons rapportées au chapitre des résultats immédiats. Il n'y a donc à inscrire à l'actif des complications possibles que les complications communes à toutes les plaies opératoires et principalement les complications que peuvent faire éclater le défaut d'antisepsie, érysipèle, suppuration, échec de la réunion, la suppuration n'ayant dans ce cas aucun agent spécial capable de la provoquer.

Il en est tout autrement lorsqu'on est intervenu sur un foyer bacillaire dont le voisinage est déjà contaminé. Tous les chirurgiens ont vu les échecs nombreux auxquels expose le grattage des masses ganglionnaires suppurées dans une région enflammée et infiltrée par la péri-adénite ou parcourue par des fistules.

On a pensé y remédier par une incision large des ganglions, des tissus infiltrés péri-ganglionnaires, et on a fait le sacrifice que nécessiterait une tumeur maligne, une localisation d'un épithélioma dans les ganglions, par exemple. Dans ces conditions, si la diffusion des follicules tuberculeux n'est pas trop grande, on peut encore espérer et parfois obtenir un bon résultat qui légitimerait l'intervention. Mais si l'on réfléchit que bien souvent le sacrifice considérable qu'exige l'exérèse complète compromet des organes importants (ganglions des gaines vasculaires), que la peau infiltrée doit être réséquée largement (scrotum, par exemple), on ne tarde pas à se convaincre que dans la plupart des cas le chirurgien est fort embarrassé, puisqu'il ne peut choisir qu'entre une opération incomplète, c'est-à-dire presque inutile, ou un sacrifice large

sans réunion possible, aboutissant trop souvent à une longue suppuration et à une cicatrice difforme.

Cette cicatrice difforme n'est pas vraiment une complication à dédaigner lorsqu'elle siège sur une région découverte, le cou par exemple : il n'est pas rare de rencontrer des malades dont le cou a été littéralement labouré par les interventions, à tel point que la présence du tissu cicatriciel constitue une véritable difformité. Il nous serait facile d'en multiplier les exemples : nous citerons seulement une observation.

Observation 53 (inédite). — *Ganglions strumeux du cou. — Suppuration. — Extirpation, curage. — Cicatrisation lente. — Cicatrices difformes constituant une véritable infirmité. — Nouvelle poussée du côté des ganglions. — Injections iodoformées irrégulières. — Amélioration.*

G... G. n'offre pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ; dans sa jeunesse elle a eu à diverses reprises des ganglions strumeux du cou, quelques-uns même ont suppuré mais sans laisser à ce moment de cicatrices notables. La malade atteint l'âge de 24 ans sans nouveaux accidents ; elle est frêle, assez chétive, elle fait un travail pénible et est obligée de suspendre souvent ses occupations. A ce moment, poussée du côté des ganglions sterno-mastoïdiens et carotidiens du côté gauche, ils adhèrent bientôt à la peau, s'ulcèrent et laissent de nombreux trajets fistuleux. Désolée de l'inconvénient qui en résulte pour elle et après avoir épuisé la série des topiques classiques (elle n'a point employé l'iodoforme), la malade a recours au chirurgien et consent à l'extirpation (totale !) de la masse. A ce moment toute la région latérale gauche du cou est infiltrée. L'opération est pratiquée, laborieuse, peut-être, on pourrait dire certainement, incomplète. Une tentative de réunion par première intention n'est suivie que d'un demi-succès et il reste quelques trajets fistuleux. La malade reste quelque temps en cet état ; puis les orifices fistuleux devenant exubérants, il y a lieu de procéder à des grattages partiels. Pendant deux ans, elle subit intervention sur intervention, et ce n'est que quatre ans après le début du traitement que la cicatrisation totale s'effectue, mais à quel prix ! Toute la partie laté-

rale gauche du cou est labourée de vastes cicatrices blanches, sèches, tendues, avec nombreuses anfractuosités, et la difformité qui en résulte est telle que la malade est obligée de porter un col élevé et un foulard pour masquer cette infirmité. Pendant deux ans elle reste guérie. Au bout de ce temps, apparition de nouveaux ganglions dans la gaine du sterno-mastoïdien et de quelques ganglions sous-maxillaires ; je la soumets alors aux injections iodoformées; celles-ci ont tout d'abord un bon résultat. J'y joins l'iodoforme à l'intérieur; mais par suite de circonstances diverses les injections sont pratiquées à de trop longs intervalles et irrégulièrement; aussi l'état reste stationnaire. Aucun ganglion ne s'abcède, et il y a tout lieu de croire qu'un traitement suivi amènerait leur disparition.

CHAPITRE II

Des résultats nuls et des récidives immédiates

Si le sacrifice est moins large que l'ablation totale, comme dans l'observation précédente, l'opération reste incomplète et l'on a recours alors au curettage des parois, méthode que nous ne craignons pas de qualifier d'insuffisante souvent, et de déplorable parfois. Utile dans le traitement chirurgical des parois épaissies d'une collection caséeuse ramollie, si elle est nette et bien limitée, le grattage est souvent sans résultat lorsqu'il y a infiltration des tissus voisins; où s'arrêtera alors la curette lorsqu'on aura ainsi essayé de « déblayer » le foyer au milieu de la matière caséeuse ou du sang? Saura-t-elle poursuivre le tubercule dans les moindres fistules? Quels en seront les résultats et quels les avantages, si l'on ne cherche la réunion, but parfois inavoué de ces interventions? Elle n'aura même pas l'avantage de la large ouverture, qui permettra d'appliquer sans danger des topiques modificateurs et de laisser la plaie bourgeonner et le foyer bacillaire s'éliminer de lui-même.

Elle se compliquera de dangers d'auto-inoculation que l'extirpation à la curette rend des plus probables, et le résultat définitif sera ou l'échec de la réunion ou la fistulisation. Nous avons vu opérer dans de semblables cas; nous avons nous-même opéré à la curette; tout d'abord le travail de réparation marchait bien; la réunion même paraissait excellente. Puis lorsqu'il s'agissait de supprimer le drain, l'orifice restait béant d'abord, et l'on incriminait la présence du tube à drainage jusqu'au jour où le bourgeonnement tuberculeux, s'il n'avait point d'emblée compromis la suture, apparaissait

à l'orifice et montrait que tout était à recommencer, et que la repullulation sur place était chose accomplie.

Cette fistulisation si fréquente et si rebelle est, nous semble-t-il, un des graves arguments contre l'intervention : elle compromet au premier chef le résultat cherché, et l'intervention n'a plus d'excuse, puisqu'elle n'a même pas supprimé la difformité.

Nous ne pouvons passer sous silence une courte observation qui a trait à une malade que nous avons opérée nous-même à l'hôpital Necker, et chez laquelle, malgré un sacrifice large et sanglant pour une lésion en apparence localisée, l'échec fut complet et n'eut d'autre résultat que d'ajouter une signature opératoire aux cicatrices antérieures : cette observation offre, nous semble-t-il, un intérêt particulier, puisque nous pûmes croire au premier abord à la fois à un succès opératoire et à un succès thérapeutique. Voici cette observation :

Observation 54 (inédite). — *Ganglions tuberculeux du cou. — Ablation. — Réunion puis échec de la suture. — Longue suppuration.*

M. M., 18 ans, entrée à Necker, salle Lenoir, n° 8, service de M. le professeur Le Fort, le 18 juillet 1888.

Antécédents. — La malade, dont la mère est morte phtisique, a deux sœurs bien portantes. — Elle a eu dans son enfance des angines multiples, et une fièvre typhoïde à douze ans. Réglée à quatorze ans, mais d'une manière irrégulière, ayant des flueurs blanches, elle affirme avoir beaucoup maigri et s'est plainte de « points dans le dos » jusqu'au moment où elle est entrée à l'hôpital. Dès l'âge de cinq ans, on remarqua sur le côté droit du cou de la malade une petite tuméfaction qui s'étendit peu à peu en affectant une forme bosselée, et pour laquelle un médecin conseilla l'huile de foie de morue; la malade en a pris tous les hivers jusqu'à présent, sans en obtenir de résultat appréciable ; aussi, vers le commencement de juin, se décida-t-elle à entrer à l'hôpital Laënnec. On lui

fit *une!* injection d'éther iodoformé, et sur sa demande, elle sortit de l'hôpital cinq jours après. A la fin de juin apparut une ulcération circulaire, fongueuse, grisâtre, de l'un des ganglions, et la malade entra le 18 juillet à Necker, dans le service de M. Le Fort.

Je l'opérai pendant les vacances ; une large incision ayant été pratiquée en ellipse à la partie supérieure de la tumeur, la peau étant disséquée, on énucléa une masse volumineuse de ganglions infiltrés, ramollis, contenant de nombreux foyers tuberculeux. Profondément l'énucléation porte sur la continuité de quelques ganglions dont la partie restante est enlevée avec les doigts. La portion inférieure de la masse ganglionnaire est énucléée également, et comme l'énucléation dépasse l'incision, il en résulte un cul-de-sac sous-cutané que l'on perfore pour le passage du drain.

La plaie s'étend très profondément, le muscle trapèze est entamé par le bistouri. Cette opération fut très sanglante, et nécessita quatre ligatures (dont deux de gros vaisseaux). La plaie étant lavée avec la solution phéniquée forte, fut enfin suturée très exactement avec douze fils (tant d'argent que de crin de Florence), et un pansement phéniqué humide appliqué après l'opération ; le soir du même jour, on n'observe pas de fièvre.

24 *juillet.* — Pansement souillé de sang. Ablation du drain et de deux points de suture ; application d'un pansement iodoformé.

26 *juillet.* — Ablation de tous les points de suture ; un petit point médian a suppuré ; légère rougeur des lèvres de la plaie ; application d'un pansement humide. Etat général d'ailleurs excellent, la malade prend 1 gr. d'iodure de potassium et deux cuillerées d'huile de foie de morue.

27 *juillet.* — *La plaie est réunie sur toute son étendue*, sauf un point où la peau a été réséquée et où il reste un bourgeonnement de la grandeur d'une pièce de vingt centimes environ. — Reviendra se faire panser.

Cette jeune fille a été revue par notre ami Beurnier, qui assista à l'opération. Il y aurait eu désunion presque totale et suppuration. — Je revois la malade en septembre 1888 ; j'observe une cicatrice un peu hypertrophique occupant toute la longueur de l'incision, sauf à la partie inférieure où il

y a solution de continuité, de la largeur d'une pièce de vingt centimes, correspondant à un trajet fistuleux. Pas d'autre récidive ganglionnaire. Bon état général.

Je revois la malade le 22 février 1890 : depuis qu'elle est sortie de l'hôpital, il y a toujours eu des trajets fistuleux qui ont mis trois ou quatre mois à se cicatriser, elle est restée guérie jusqu'à la fin de l'hiver 1889, puis depuis quatre ou cinq mois il s'est produit de nouveaux ganglions.

Pendant un an elle a pris de l'huile de foie de morue créosotée : elle en reprend depuis janvier 1890.

Actuellement on constate la présence de deux nouveaux ganglions en arrière et en avant de la cicatrice, qui sont, dit-elle, en voie d'accroissement.

L'état général est très bon ; elle a repris un notable embonpoint ; aucun phénomène stéthoscopique ; pas d'hémoptysie ; seuls les ganglions en voie de développement dénotent la récidive.

La cicatrice est hypertrophique et ressemble à une chéloïde.

L'impossibilité de réunir, la production des cicatrices difformes, la fistulisation de la région, telles sont les complications immédiates qui succèdent trop souvent à l'intervention incomplète des foyers de tuberculose suppurés.

Il en peut être de même d'ailleurs lorsque la chirurgie intervient au niveau d'un foyer en apparence non suppuré.

S'il s'agit d'un ganglion, nous avons vu que son extirpation totale ne diffère en rien, quant aux résultats, de toute extirpation de tumeur non inflammatoire, en d'autres termes, l'asepsie du foyer et par suite la réunion immédiate type, avec ou sans drainage, est la règle.

Mais que par maladresse, inexpérience ou nécessité, l'opérateur porte son bistouri au niveau même des foyers caséeux que contient la tumeur, il se met alors dans les plus fâcheuses conditions, puisqu'il inocule la plaie par le virus même qu'il voulait détruire par l'éradication de son foyer d'origine. Nous savons que les antiseptiques peuvent encore avoir raison de

cette inoculation, mais nous ne pouvons nous défendre de quelque appréhension en face de pareil accident, et nous le comparons volontiers à l'extirpation de la loupe enflammée du cuir chevelu dont le contenu microbien, à la suite d'une incision malheureuse, vient souiller le champ opératoire.

Il n'est pas utile d'insister plus longtemps sur ces complications immédiates. Pour être très fréquentes, elles ont cependant, à tort peut-être, moins frappé les chirurgiens que le retentissement à distance du traumatisme, qui peut être considéré comme le plus important des accidents qui suivent de près ou de loin les opérations pratiquées pour tuberculose locale.

Voici quelques cas de récidive immédiate tirés de nos observations :

Observation 55 (inédite).— *Tuberculose testiculaire.—Thermo-cautérisation. — Amélioration. — Récidive du côté opposé. —Etat général bon.*

M. R... F., âgé de 21 ans, entre une première fois à l'hôpital du Midi, le 16 août 1886, salle 3, lit n° 1, service de M. Humbert. A l'auscultation on ne trouve rien. La prostate est un peu augmentée de volume et les vésicules séminales paraissent bosselées.

On lui fait suivre le traitement suivant :

Huile de foie de morue 2 cuillerées, iodure de potassium 2 grammes, puis on pratique la cautérisation interstitielle profonde au thermo-cautère en août : les masses tuberculeuses s'éliminent ; cicatrisation lente, et le malade sort le 2 octobre.

Le 15 novembre, il entre de nouveau à l'hôpital. Il a un double testicule tuberculeux. Du côté droit, on constate une cicatrice avec fistule persistante, consécutive à une grande incision au thermo-cautère. Du côté gauche, le testicule paraît sain ainsi que la moitié supérieure de l'épididyme, dont la queue est extrêmement volumineuse et dure. A ce niveau, est apparu un abcès, quinze jours avant la seconde entrée du

malade à l'hôpital. Cet abcès s'est ouvert spontanément le 14 novembre.

Il est de nouveau soumis au traitement général. On lui propose une nouvelle intervention qu'il refuse; il est renvoyé, pour refus de traitement, le 17 novembre.

Observation 56 (inédite). — *Tumeur blanche du genou. — Alternatives d'amélioration et d'aggravation. — Immobilisation dans les appareils. — Fausse guérison. — Récidive. — Aggravation de l'état local.*

J... L., 35 ans, domestique, entrée le 2 avril 1889, salle Lisfranc, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade a eu il y a cinq ans une péritonite dont elle ignore la cause et dont elle a souffert sept mois.

Il y a quatre ans, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu qui a duré quatre mois.

Elle a un enfant de 14 ans actuellement bien portant; elle n'a pas eu de fausses couches.

L'affection articulaire qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital aurait débuté, il y a trois ans, par des douleurs au niveau du genou gauche; la malade n'avait subi à cet endroit aucun traumatisme; elle n'était pas tombée sur ce genou.

Malgré des douleurs continues, la malade a continué à travailler et, pendant un an, elle n'a suivi aucun traitement.

Il y a deux ans, son genou, après avoir grossi peu à peu, était devenu assez volumineux; les douleurs ayant augmenté, la malade consulte un médecin qui lui ordonne le repos et lui met un vésicatoire et des pointes de feu.

Après ce traitement, la malade ayant éprouvé quelque soulagement recommence à marcher; mais au mois de mai 1888, le genou ayant de nouveau augmenté de volume, elle est obligée de suivre un traitement; on applique des appareils inamovibles, qu'elle garde trois mois.

A la suite de ce nouveau traitement, l'articulation étant presque ankylosée, la malade recommence à marcher.

Depuis cinq mois, elle ne peut se tenir debout que pendant peu de temps, tous les mouvements de l'articulation sont douloureux.

Cette articulation n'a actuellement que des mouvements très limités.

Le genou est assez volumineux et paraît rempli de fongosités.

Le 3 avril, on applique à la malade un appareil silicaté.

Le 6 avril, la malade sort sur sa demande ; mais l'état local s'est visiblemant aggravé : la malade songe à revenir : le genou est volumineux, offre une fluctuation évidente ; il y aura lieu d'intervenir ultérieurement.

OBSERVATION 57 (inédite). — *Pleurésie. — Ostéite tuberculeuse de l'ischion. — Trajet fistuleux, puis oblitération et abcès. — Incision sans grattage du point osseux. — Récidive de la fistule.*

M..., sans profession, entrée le 30 janvier, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Verneuil, salle Lisfranc, n° 21.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. La malade, mère de deux enfants bien portants, a eu il y a 3 ans et demi une pleurésie qui la tint au lit pendant trois mois, dont la convalescence dura plus d'un an, et à laquelle succéda une toux opiniâtre. Pendant ce temps, amaigrissement considérable.

Début de l'affection. — Elle était à peine remise de cette maladie, qu'elle éprouva de violentes douleurs au niveau de l'ischion gauche. Peu à peu, elle vit se former une tuméfaction molle, qui augmenta sensiblement jusqu'à atteindre le volume d'un œuf. Malgré cela, la malade vaquait à ses occupations, lorsque, un an après le début de cette affection, en s'asseyant sur une chaise, l'abcès qu'elle avait au niveau de la fesse s'ouvrit, et il en sortit une grande quantité de pus épais et grumeleux.

Il persista une fistule qu'on traita par les cataplasmes et la teinture d'iode. Cette fistule s'était peu à peu oblitérée, lorsque, il y a trois mois, l'écoulement se reproduisit avec abondance, pour cesser bientôt complètement. Il se forma ensuite une vaste collection purulente dans toute la région crurale, allant de l'ischion jusqu'à 10 centimètres du creux poplité.

La malade, après avoir gardé le lit pendant un mois et demi, entre à l'hôpital le 31 *janvier*.

1er *février*. — On ouvre l'abcès et il en sort 2 litres de pus contenant des grumeaux épais.

2 *février*. — On fait des lavages et on place dans la plaie deux larges drains, la suppuration est abondante.

4 *février*. — La malade se trouve très soulagée.

7 *février*. — Bien que le pansement soit fait régulièrement, la malade a un peu souffert cette nuit.

10 *février*. — On fait le pansement ; et comme il y a très peu de suppuration, on peut supprimer un des drains.

11 *février*. — La malade va très bien et est très soulagée depuis l'ouverture de l'abcès.

16 *février*. — Il y a peu de suppuration, mais il reste un notable décollement.

26 *février*. — La suppuration est moyenne. On raccourcit de plus en plus le drain. Il y a encore un notable décollement.

5 *mars*. — Il y a très peu de suppuration, mais le décollement ne diminue pas beaucoup.

10 *mars*. — La suppuration a disparu. Le trajet est encore large, mais bien granuleux. La malade se lève depuis 7 à 8 jours et son état général est bon.

27 *mars*. — Le trajet est induré, et ce trajet fistuleux assez large donne passage à un liquide séreux d'une consistance huileuse ; il y a, somme toute, récidive du trajet fistuleux.

La malade part pour le Vésinet.

Observation 58 (résumée) (inédite).

L... V., âgé de 20 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 8, pour une coxalgie aiguë gauche, avec un abcès de la fosse iliaque.

On fait une incision dans la fosse iliaque, et le malade guérit par une ankylose survenue peu à peu; la cicatrice est complète à la sortie. On l'envoie à Vincennes.

Il revient à l'hôpital le 7 juin 1887, la guérison s'est démentie et il s'est reproduit des trajets fistuleux.

Observation 59 (inédite). — *Coxalgie. — Abcès sous-trochantérien. — Échec des injections iodoformées. — Échec du grattage.*

D... L., 30 ans, facteur, entré le 12 janvier 1888, hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 7, service de M. Polaillon.

Le début de l'affection remonte à trois ans.

Quant à l'abcès, il a débuté cinq jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, et siège à la région externe de la cuisse, au-dessous du trochanter.

Le 17 *janvier*, après avoir évacué le pus, on fait une injection iodoformée.

Vers le 28 *janvier*, je constate de la tuméfaction, et j'évacue un pus brun abondant.

31 *janvier*. Le malade va bien.

4 *février*. On fait une nouvelle injection d'éther iodoformé avec l'appareil Dieulafoy.

9 *février*. L'état reste stationnaire.

Le malade se lève depuis quelque temps, mais la collection périarticulaire persiste.

Le 6 *mars* 1888, le malade est opéré, on pratique le grattage.

Le 19 *mai*, il sort de l'hôpital pour aller à Vincennes. Il marche en boitant. Il doit revenir plus tard pour subir la résection, car la région s'est fistulisée et il y a lieu d'intervenir plus radicalement.

Quelquefois, enfin, la récidive immédiate survient à distance, comme dans le cas suivant :

Observation 60 (inédite). — *Coxalgie. — Traitement par les appareils. — Guérison apparente. — Réveil de l'affection articulaire. — Traitement par les appareils. — Scarlatine intercurrente. — Tuberculose testiculaire aiguë.*

A... F., 17 ans, garçon épicier, entré le 20 juillet 1887, service de M. Polaillon, salle Broca, n° 6.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires.

Lui-même a été bien portant jusqu'en 1885, époque à laquelle il fit une chute dans des escaliers. M. Berger reconnut une coxalgie. On lui appliqua l'appareil de Verneuil et des pointes de feu. Il eut deux appareils, il garda le premier 3 mois, le deuxième 5 semaines. Il marcha avec des béquilles, puis avec une canne.

Il y a 15 jours il eut une nouvelle poussée.

Etat actuel. Il y a un raccourcissement du membre de 6 à 7 centim. et de la rotation en dedans. L'atrophie du membre est totale. Il n'y a de douleurs que pendant la marche, pas de douleurs spontanées.

L'ankylose est presque complète, il y a impotence. Le grand trochanter forme une saillie considérable. Bon état général, pas de lésions pulmonaires.

21 *juillet*. On applique un appareil à extension continue.

10 *août*. On enlève l'appareil à extension continue.

16 *août*. Le malade prend un bain.

2 *septembre*. On réapplique un appareil de Verneuil.

4 *septembre*. Le malade s'est levé avec son appareil.

Du 10 *au* 17 *septembre*, le malade a contracté une scarlatine qui est aujourd'hui en voie de desquamation.

18 *septembre*. Il y a de l'albumine dans ses urines. On ordonne le régime lacté.

20 *septembre*. Le malade recommence à se lever. Il est très pâle et a maigri. On lui donne du Banyuls.

22 *septembre*. Il a faim et on ajoute des œufs au lait et au vin.

25 *septembre*. Les urines contiennent encore un peu d'albumine.

27 *septembre*. Le malade est mis au premier degré.

28 *septembre*. On reprend l'administration de l'huile de foie de morue qu'on avait suspendue pendant la néphrite.

Depuis le 27, sans cause apparente, le malade est atteint d'une épididymite aiguë à gauche.

Le 29 *septembre*. Je prescris de l'onguent mercuriel sur les bourses. Depuis deux jours on a réduit à un litre les trois litres de lait. Aujourd'hui 29, il n'en prend plus que 75 centilitres.

30 *septembre*. L'orchite est très douloureuse et très aiguë. On prescrit 1 gr. de salicylate de soude : il a affirmé n'avoir jamais eu de blennorrhagie.

3 *octobre*. L'épididymite est toujours aiguë et prend tous les caractères d'une épididymite tuberculeuse.

7 *octobre*. L'orchite persiste. L'état général s'améliore.

9 *octobre*. Je m'aperçois que, outre l'épididymite tuberculeuse à forme aiguë du testicule gauche, le malade présente un noyau épididymaire de la grosseur d'une noisette, à droite, du côté de la queue de l'épididyme. Ce noyau est actuellement induré : le malade ne peut nous donner d'indications sur son origine.

Pendant mon absence, on enlève l'appareil, le malade

marche avec des béquillles et part à Vincennes le 22 novembre. Sa jambe est très maigre et très raccourcie. L'induration épididymaire persiste et le testicule tuberculeux est constitué.

Il sort le 22 novembre.

Observation 61 (inédite). — *Scrofule. — Fongosités rétro-malléolaires. — Incision. — Grattage. — Récidive immédiate.*

Le nommé C... J., âgé de 37 ans, ajusteur, entre à l'hôpital Necker, le 5 décembre 1887, service de M. Le Fort, salle Saint-Pierre, n° 43.

Antécédents. Depuis cinq ans cette homme tousse chaque hiver ; ces bronchites répétées ne sont jamais accompagnées ni d'hémoptysie, ni de sueurs nocturnes. Il ne maigrit pas, ne perd pas ses forces et ne présente en somme aucun symptôme affirmatif de tuberculose.

Mais, il y a cinq ans, il a eu sur le côté gauche du cou deux ou trois gros ganglions qui ont suppuré pendant un mois. Il a eu également des ganglions suppurés à droite. Enfin, dans ces derniers temps, la région médiane du cou est occupée par deux gros ganglions qui ont suppuré pendant deux mois et demi et dont il est facile de voir aujourd'hui la surface couverte d'orifices fistuleux à peine cicatrisés.

Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Débuts. Il y a six mois, en avril 1887, en travaillant dans une écurie, cet homme reçoit sur le pied droit, en avant de la cheville, un coup assez violent. Quinze jours après, le cou-de-pied augmente peu à peu de volume, principalement au niveau de la malléole externe. Pendant trois mois la tuméfaction était persistante, sans rougeur ni douleur. Le malade ressentait une simple tension dans le pied, caractérisée par une gêne constante dans la flexion ; il n'existe aucune gêne dans l'extension ni dans les mouvements de latéralité. Le malade continue à travailler ; il boite un peu en marchant, mais sans aucune douleur véritable.

Trois mois après, vers la fin de juillet, il applique des cataplasmes sur le cou-de-pied et ne tarde pas à voir s'ouvrir, en arrière et au-dessous de la malléole externe, deux ou trois

petites fistules d'où s'échappe un liquide séro-purulent. L'écoulement disparaît et reparaît successivement depuis cette époque, sans jamais cesser complètement. La tuméfaction s'est localisée à la région malléolaire et la gêne dans la flexion du pied a toujours persisté.

État actuel. Du côté du pied droit on constate une *synovite fongueuse de la gaine des péroniers latéraux,* laquelle ne s'étend pas à l'articulation tibio-tarsienne qui est saine; il existe, en outre, une *ostéite* de la malléole externe qui est un peu augmentée de volume et légèrement douloureuse. Dans le poumon droit, la respiration est faible ; dans le poumon gauche, la respiration est soufflante, l'expiration prolongée.

Le 19 décembre, on exerce une compression avec la bande de caoutchouc. Le 26 décembre, apparaît une tumeur au niveau de la malléole externe, accompagnée de gonflement et de douleur. On perçoit une sensation de fluctuation et d'empâtement. On supprime le bandage compressif.

Le 29 décembre, la tumeur s'ouvre spontanément du côté interne; il s'écoule environ deux cuillerées à café de liquide purulent roussâtre.

Opération. 12 janvier 1888.

On incise la peau au-dessous de la malléole externe, et on tombe sur des fongosités qu'on enlève avec la curette tranchante. L'aponévrose elle-même est incisée et on trouve en dessous encore quelques fongosités. On pratique la même opération à la partie externe.

Résultat. Les fongosités persistent, en s'accompagnant de fistules et d'une suppuration peu abondante, malgré la compression exercée à plusieurs reprises depuis l'opération, soit avec une bande de toile, soit avec une bande de caoutchouc.

M. Le Fort se propose de le traiter par l'ignipuncture, mais le malade demande à sortir, appelé dans son pays (Haute-Savoie). Il quitte l'hôpital le 8 mars 1888.

CHAPITRE III

Influence de l'opération sur la marche des lésions pulmonaires (1)

A. — Aggravation des lésions pulmonaires antérieures a l'opération

Il ne paraît pas jusqu'à ce jour douteux que les opérations pratiquées pour tuberculose locale ne comportent un certain nombre d'accidents généraux inconnus dans les autres interventions habituelles de la chirurgie, et qui les rapprochent à plus d'un titre des accidents complexes étudiés d'une façon générale et fort incomplète sous le nom de choc opératoire. Le premier, M. le professeur Verneuil a largement insisté par ses écrits et son enseignement à l'hôpital sur la large part qu'il fallait faire dans le pronostic des opérations à l'état de santé antérieur, à la diathèse qui peut miner le sujet, ou qui provisoirement cachée (états latents, diabète intermittent), n'attend qu'une occasion de se réveiller, et éclate alors avec un cortège bruyant d'accidents souvent mortels.

Nous n'avons qu'à indiquer sans y insister le rôle considérable que jouent les affections cardiaques, hépatiques, l'alcoolisme, le diabète, souvent le paludisme, dans la marche des traumatismes desquels ils faut rapprocher le traumatisme opératoire; et, avec notre cher maître, nous répéterons que tout état morbide antérieur relatif à l'une de ces grandes diathèses, crée une série d'aléas qui ne doivent sans doute pas désarmer le chirurgien, mais qui doivent toujours tenir sa vigilance en éveil et le mettre en garde contre un pronostic porté à la légère. Nous saisissons l'occasion qui se présente

(1) Nous avons déjà étudié page 107 l'influence de l'opération sur l'état général : amélioration, état stationnaire ou disparition des lésions pulmonaires; ainsi nous ne nous occupons dans le présent chapitre que des *complications*.

de publier un beau cas de réveil de diathèse sous l'influence d'un choc opératoire léger.

Observation 62 (inédite). — *Ablation d'un ganglion tuberculeux chez un hépatique. — Succès opératoire. — Epistaxis. — Accidents graves de rhumatisme aigu. — Urticaire. — Amélioration. — Cirrhose hypertrophique biliaire. — Guérison persistante de l'accident local.*

R... H..., 17 ans, teinturier en laine, entré le 28 mars 1887, hôpital de la Pitié, service de M. Polaillon, salle Broca, lit n° 4.

Ses *antécédents* semblent indiquer la tuberculose : malade frêle, chétif, pâle, ayant présenté des accidents strumeux.

Le malade est atteint d'un abcès ganglionnaire situé entre le sterno-mastoïdien et l'angle de la mâchoire, qui a débuté il y a deux mois et qui est en voie de ramollissement. Il n'éprouve aucune douleur, aucune gêne; la peau est normale.

Il sort de l'hôpital pour refus de traitement.

Il rentre le 5 avril, au n° 4 de la salle Broca ; à ce moment, il a eu dix épistaxis, il présente une légère teinte ictérique ; nous y portons trop peu d'attention.

7 *avril.* — Je pratique l'opération avec tous les soins antiseptiques, après l'avoir anesthésié. On fait une incision courbe au-devant de la tumeur, le ganglion s'avance jusqu'aux gros vaisseaux et adhère au sterno-mastoïdien qu'il faut entamer. On fait huit ligatures et sept points de suture au crin de Florence. On met un très petit drain à la partie inférieure de la plaie, puis on applique un pansement iodoformé compressif.

En examinant le ganglion à la coupe, on le trouve fortement ramolli en plusieurs points, avec des cavernes remplies de pus caséeux. Ces cavernes sont entourées de tissu ganglionnaire bien reconnaissable. Le pus est coloré par la méthode d'Ehrlich sur quatre lamelles. L'examen de plusieurs de ces préparations ne laisse voir aucun bacille caractéristique de la tuberculose.

8 *avril.* — Le malade va bien. La température n'a pas été prise.

10 *avril.* — Il va bien, mais il a une épistaxis d'une demi-heure. On enlève les fils et le drain.

13 *avril.* — Le malade se lève pour qu'on fasse son lit. Il a de la fièvre, et étant assis sur une chaise, il a une syncope.

14 *avril.* — On fait le pansement, la cicatrice est parfaite, elle est recouverte d'une légère teinte ecchymotique. Il a une nouvelle syncope.

15 *avril.* — Dans la nuit du 14 au 15, il a deux épistaxis; le 15, au matin, nouvel épistaxis, il a des frissons, de la céphalée, ses urines sont sédimenteuses, il va à la selle régulièrement.

Les sclérotiques présentent une teinte subictérique.

Il y a un gonflement très marqué de la région cervicale et une douleur vive à la pression. On introduit un stylet, il s'écoule une notable quantité de sérosité *absolument aseptique* et transparente. On place un très petit drain et on fait un pansement iodoformé.

Le soir, le gonflement a reparu et s'étend à la joue et à la région sus-claviculaire. On administre 50 centigrammes de sulfate de quinine. Il présente quelques vésicules d'herpès à la lèvre inférieure.

18 *avril.* — Il a encore de l'épistaxis. Le gonflement a disparu, ainsi que la douleur. Le malade va bien, mais après chaque épistaxis il est pâle, de plus il a de la diarrhée. On ordonne 25 centigrammes de sulfate de quinine par jour, à continuer.

19 *avril.* — Il va bien. Tout gonflement a disparu.

20 *avril.* — On fait le pansement, la diarrhée a disparu, mais les sclérotiques restent jaunes.

21 *avril.* — Le malade présente les symptômes d'un ictère accentué.

Son foie est volumineux, ses urines contiennent une forte proportion de pigment biliaire. On observe du gonflement des articulations du pied et du genou gauche, et la flexion occasionne de la douleur. — L'auscultation indique un bruit de dédoublement (Legrand), et le soir, on ordonne 20 centigr. de calomel.

L'état local est bon.

22 *avril.* — Dans la nuit, le malade a eu une diarrhée abondante; il a été six fois à la selle et a rendu un liquide jaunâtre. Il prend du lait, mais pas d'aliments solides, et on lui fait prendre 60 centigrammes de bromhydrate de quinine. — Ses sclérotiques sont toujours ictériques, il éprouve des

douleurs vives dans le genou gauche que l'on entoure de ouate; quant à la plaie, elle est guérie.

On constate l'apparition d'une urticaire à plaques assez larges à la partie antérieure de l'abdomen et du thorax, de là elle se dirige au-dessous de l'aisselle et à la région scapulaire droite, elle lui occasionne des démangeaisons.

Ce jour, 22 *avril*, il passe en médecine, dans le service de M. Troisier, salle Monneret, n° 14 (1).

23 *avril*.— Le malade a le poignet droit rougeâtre, un peu tuméfié, présentant un peu d'empâtement à la face dorsale, la douleur est assez vive à la pression et lors des mouvements articulaires.

Son genou droit présente de l'empâtement périarticulaire peu prononcé, la douleur est peu vive à la pression, mais bien plus intense quand on lui imprime des mouvements brusques un peu étendus. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire appréciable. La douleur est vive à la pression, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, plus légère dans le creux poplité, sur l'insertion des jumeaux.

Il y a un peu de gêne et de douleur dans le poignet gauche. Son teint est jaune clair et ses conjonctives sont très nettement ictériques. Amertume de la bouche.

Son foie est très douloureux à la percussion et même à la palpation. Il déborde les fausses côtes sur la ligne mamillaire d'environ trois centimètres.

Les urines sont rougeâtres, foncées et contiennent peu de pigments biliaires.

Le cœur est normal, et le pouls régulier. Les poumons ne présentent rien d'anormal.

On ordonne six grammes de salicylate de soude.

Les *jours suivants*, le malade a des bourdonnements d'oreilles, on diminue la dose de salicylate.

29 *avril*. — On supprime le salicylate. Les articulations malades, le poignet droit surtout, sont encore un peu douloureuses, mais il ne reste aucune espèce d'empâtement au pourtour des jointures.

2 *mai*.— L'hypocondre droit est encore douloureux à l'exploration et le foie toujours un peu volumineux.

Il n'y a plus trace de rhumatisme.

(1) Notre collègue Lavaux veut bien continuer l'observation.

4 *mai.* — Le pouls est un peu accéléré. Le cœur présente un léger souffle à la pointe au premier temps, il est un peu plus fort au niveau de l'appendice xiphoïde que dans l'aisselle.

5 *mai.* Le matin en s'éveillant le malade ressent une nouvelle douleur rhumatismale dans l'épaule droite. Il n'y a ni tuméfaction, ni empâtement, mais la pression et les mouvements sont douloureux. On ordonne 3 gr. de salicylate.

Les téguments ont perdu toute teinte subictérique,

6 *mai.* Hier après midi, le malade en voulant étendre la main pour saisir la corde de son lit, éprouve de la douleur dans le poignet gauche. La douleur persistante dans l'hypocondre droit gêne beaucoup l'exploration. — Pouls : 96.

9 *mai.* Les douleurs persistent au poignet et à l'épaule.

10 *mai.* On substitue au salicylate de soude deux grammes de salicylate de lithine.

Les *jours suivants*, le malade présente encore des symptômes douloureux dans quelques articulations. On supprime le salicylate de lithine. Puis les douleurs disparaissent, mais les articulations atteintes restent raides.

25, 26, 27 *mai.* Le malade a trois accès de douleurs très vives dans la région précordiale. Il n'y a pas de frottements pericardiques.

Les *jours suivants*, il ressent encore quelques douleurs; le souffle persiste. Il part pour Vincennes le 6 juin et en revient le 22.

22 *juin.* Le malade se plaint de quelques douleurs dans les genoux et au niveau du foie. L'exploration du foie étant à peine douloureuse, il devient plus facile d'en fixer les limites exactes. Sur la ligne mammillaire, il remonte jusqu'à trois centimètres du mamelon, et descend jusqu'à un centimètre environ au-dessous de l'horizontale passant par l'ombilic.

Le souffle à la pointe est plus intense qu'au départ.

L'urine ne contient pas d'albumine.

24 *juin.* Il se plaint toujours de douleurs dans les jambes et surtout dans la région du foie.

L'auscultation indique un dédoublement du second bruit à la base.

Le 26 *juin*, il quitte l'hôpital.

Je le retrouve par hasard à la Pitié en 1887.

Depuis que je l'ai perdu de vue, il a été soigné pendant dix-huit mois chez M. Dieulafoy, pour une cirrhose hypertrophique biliaire.

Actuellement il ne présente aucune teinte ictérique accentuée. La santé générale est mauvaise.

Pas de tuberculose pulmonaire; cicatrice de l'opération parfaite; pas de récidive locale.

En est-il de même pour la tuberculose? Celle-ci crée-t-elle, en un mot, une contre-indication opératoire? Telle est la question si grave et si difficile, encore non résolue aujourd'hui, à la solution de laquelle nous voulons apporter quelques documents.

Le problème est complexe : sans parler des cas où le malade tuberculeux avancé, parvenu à la dernière période, est dans un état cachectique tel que le doute sur l'abstention ne saurait exister , on peut se demander :

1° Si l'opération peut exercer une influence défavorable sur les lésions thoraciques préexistantes et reconnues (intervention chez les tuberculeux), que cette intervention ait pour objet une tuberculose locale ou non ;

2° Si l'opération d'une tuberculose locale peut déterminer brusquement l'apparition de lésions thoraciques ou généralisées chez un sujet indemne de ces lésions au moment de l'opération.

Nous trouvons dans les auteurs, à chacune de ces questions, les réponses les plus contradictoires, et l'on peut ranger sous trois catégories différentes les opinions exprimées.

L'opération pratiquée chez les phymateux pulmonaires :

1° N'a aucune influence sur l'état des poumons ;

2° Améliore souvent cet état ;

3° Peut provoquer une poussée aiguë.

Il n'entre pas dans notre dessein d'énumérer tous les auteurs et de citer toutes les observations : il faudrait un mémoire entier pour pouvoir résumer les observations que l'on a tour à tour publiées pour ou contre l'intervention.

Au Congrès de chirurgie de 1889, un grand nombre d'auteurs ont discuté la question.

M. Ollier se déclare partisan de l'amputation chez les tuberculeux présentant des lésions viscérales. Quant à ces infections rapides dont on surprend l'éclosion après une intervention, il ne pense pas qu'il faille en charger l'acte opératoire. Ces accidents lui semblent devoir être mis sur le compte de complications viscérales qu'on avait méconnues. Les conclusions de M. Bousquet, de Clermont-Ferrand, aboutissent à la même affirmation : « Les opérations pratiquées pour tuberculoses locales en s'entourant des procédés de la méthode antiseptique, ne donnent lieu à aucune complication. » Même dans les cas où j'ai dû faire des opérations fort étendues, jamais il ne s'est produit de généralisation. (Ces deux premières conclusions visent surtout la seconde partie du problème.)

Mais voici qui a directement rapport à la première : « Dans les cas d'intervention sur des malades manifestement phtisiques, il n'y a jamais eu d'aggravation, loin de là, toujours on a noté une amélioration de l'état général. On doit opérer toutes les tuberculoses du tissu cellulaire, des os, des articulations, à moins de contre-indication absolue par l'état trop avancé de la lésion pulmonaire. »

M. Mollière, de Lyon, pense aussi que les opérations ne sont dangereuses chez les tuberculeux que parce qu'elles nécessitent le repos au lit et déterminent une réaction fébrile : des faits démontrent que ces malades peuvent aussi bien que d'autres supporter des opérations.

Après lui, M. Houzel, de Boulogne-sur-Mer, croit l'ablation du foyer tuberculeux local capable d'exercer une influence favorable sur l'état pulmonaire.

M. Routier est très affirmatif ; il cite un cas où il crut d'abord à une poussée aiguë après une amputation de cuisse : M. Damaschino diagnostiqua une pneumonie franche. Sur 230 opérations, dit-il, je n'ai jamais noté de réveil de la

diathèse, sauf un cas de méningite chez un petit coxalgique sans traumatisme coïncidant, et il attribue ce fait à l'emploi minutieux des antiseptiques; loin d'être nuisible à l'état général, l'intervention l'influencerait plutôt en bien.

M. Le Dentu a fait aussi cette constatation que l'acte opératoire pouvait influencer favorablement l'état général, voire même provoquer la guérison de lésions locales concomitantes telle que la disparition d'une fistule anale après guérison d'une tuberculose articulaire ; il en conclut même que la multiplicité des déterminations tuberculeuses serait une indication d'opérer.

Il a observé des cas de poussée aiguë, mais celles-ci en dehors de tout acte chirurgical que l'on aurait pu incriminer.

Si donc on s'en rapporte à l'autorité des auteurs que nous venons de citer, il ne semble pas douteux que l'état général des malades n'ait été heureusement influencé. Cela découle de nombreuses observations et on ne saurait nier que dans bien des cas ce ne soit une réalité. Nous possédons dans nos notes quelques observations absolument probantes et dans lesquelles l'intervention pour une tuberculose locale a été des plus salutaires au rétablissement d'un bon état général. (Voir p. 144.)

Au Congrès de la tuberculose (séance du 30 juillet,) M. Richelot rapporte une observation qui conclut dans le même sens. Il s'agit d'un jeune garçon atteint successivement de fistule salivaire du canal de Sténon, d'abcès ganglionnaires, d'adénites tuberculeuses, de suppurations abondantes, d'otite moyenne suppurée, de tumeur blanche du coude droit, d'un début de tumeur blanche de l'épaule gauche, de craquements au sommet du poumon gauche, etc., qu'il a successivement traités par l'ablation des ganglions atteints, le curage des foyers ramollis, l'ouverture, le grattage et le drainage des abcès, la résection du coude avec ablation des fongosités, la révulsion et l'ignipuncture, l'incision et le grattage de fon-

gosités récidivées au coude, l'ouverture et le grattage de tous les foyers tuberculeux. Sous l'influence de ce traitement, qui a duré quatre ans, et de ces opérations multiples et répétées selon les indications, ce malade aujourd'hui ne tousse plus, mange bien, se trouve aussi bien que possible, et est guéri de tous ses accidents, à tel point qu'il est encore à l'hôpital Tenon, non plus comme malade, mais comme allumeur de réverbères.

Cette observation est remarquable par la ténacité des récidives, la menace avortée du côté des poumons et par le succès final de toutes ces interventions graves si souvent répétées. Elle plaide en faveur de l'intervention dans les tuberculoses locales, même multiples et récidivantes.

Mais il n'en est pas toujours de même.

Nous extrayons de la thèse de M. le Dr Paul Clipet, à laquelle nous avons déjà fait allusion, quelques considérations intéressantes sur les opérations chez les tuberculeux. Cet auteur signale la remarque de Hunter, qui faisait observer que la diathèse tuberculeuse était souvent une cause de retard dans la cicatrisation des plaies. Dans le *Précis sur les diathèses*, 1853, M. Bauchet citait un cas où des femmes bien portantes jusqu'à l'âge de 30 à 40 ans, mais ayant dans leurs ascendants des antécédents de tuberculose, se faisaient opérer à cet âge, d'un cancer du sein. Peu de temps après, la toux légère dont elles étaient antérieurement affectées, prenait des caractères graves, et la phtisie pulmonaire à marche rapide éclatait avant la récidive du cancer.

« L'étude des indications des opérations chez les tuberculeux, dit M. Clipet, est un des points les plus difficiles de la pratique chirurgicale ; les faits dont nous avons été témoin, ceux que nous avons lus, sont loin de fixer notre opinion. Il est presque impossible de prévoir si une opération sera ou non suivie de succès, car rien n'est plus imprévu que l'explosion de la diathèse tuberculeuse. Bien que Blanchet, dans sa thèse

sur les tubercules au point de vue chirurgical (p. 108), avance que dans bien des cas une amélioration manifeste de la diathèse suit l'opération de la fistule à l'anus, nous verrons au cours de cette étude que les faits contraires sont absolument fréquents, et nous en sommes venu à considérer la fistule chez un tuberculeux comme un pronostic absolument grave.

Aussi beaucoup de chirurgiens ont-ils regardé l'existence des tubercules pulmonaires comme une contre-indication formelle aux opérations.

Dans la *Revue Médicale* de janvier 1843 (T. Ier, p. 101), M. Boudet s'élevait contre cette assertion : « On peut, après avoir été phtisique au dernier degré, se rétablir complètement ; la phtisie peut guérir également chez l'enfant et chez l'adulte, chez les personnes prédisposées à cette maladie par voie d'hérédité comme chez celles qui l'ont contractée accidentellement... » « On ne doit plus, comme la chirurgie le pose en principe (?), proscrire absolument l'amputation d'un membre chez un phtisique. J'ai vu trois sujets, de 13 à 19 ans, atteints d'une maladie incurable du squelette d'un membre inférieur, en outre d'une phtisie confirmée, se rétablir d'une manière *qui paraît* définitive après l'ablation du membre malade. »

Mais, ainsi que le fait observer M. Clipet, les observations contraires ne sont pas rares ; aussi avons-nous établi 3 catégories dans quelques faits déjà publiés que nous rapportons et que l'on pourrait, en feuilletant les publications, multiplier par centaines :

Amélioration de l'état général ;

Statu quo ou indifférence ;

Aggravation de l'état général.

M. Clipet fait remarquer que de ce que l'on savait déjà au temps où il publia son mémoire (1867), on peut tirer quelques indications, et principalement proscrire toute opération de complaisance chez un tuberculeux ou chez un sujet pré-

sentant des antécédents tuberculeux ; s'en tenir aux opérations urgentes, c'est-à-dire à celles qui délivrent le malade d'un danger immédiat ou d'une cause d'épuisement qui doit hâter la terminaison funeste de la phtisie.

Bauchet fait remarquer qu'il y a lieu également de tenir compte de l'époque du début de la tuberculisation : si elle a succédé à la lésion qui nécessite l'intervention chirurgicale, la contre-indication est beaucoup moins formelle. On a cité des cas de guérison de la tuberculose pulmonaire après intervention ; enfin on pourrait par l'opération retarder l'éclosion du mal.

Ainsi que nous le verrons plus loin, la question a fait depuis des progrès, et l'on peut être aujourd'hui beaucoup plus radical qu'à cette époque ; grâce à certains soins spéciaux, on peut proposer aux malades, même tuberculeux, l'intervention chirurgicale,en mettant de son côté le maximum possible de chances de succès.

Les désastres sont fréquents, et voici quelques-unes des si nombreuses observations que l'on peut invoquer.

OBSERVATIONS (1)

Mort immédiate

Obs. XIX. (Th. Paquet, 1867, p. 59.) Tumeur blanche du genou. Cachexie. Amputation. Aggravation constante. Mort.

Obs. XX. (Crocq, *Bull., Acad. royale de Belgique*, 1860, p. 616.) Tumeur blanche du poignet ; phtisie au début ; amputation, aggravation, puis mort.

Obs. XXI. (Id. Crocq, p. 617.) Arthrite métatarso-phalangienne. Amputation. Mort de phtisie avancée.

Obs. XXIII. (Vincent, th. agrég., 1878, p. 289.) Tumeur blanche du poignet ; amputation de l'avant-bras ; mort de phtisie pulmonaire au troisième degré.

(1) Citées *in* Thèse de Leroux. (Nous avons écarté celles de ces observations qui ont trait à la mort par septicémie.)

Obs. XXIV. (Vincent, id., p. 290.) Tumeur blanche du genou. Phtisie au troisième degré. Amputation de la cuisse. Mort subite.

Obs. XXV. (Th. Clipet, 1867, p. 36.) Arthrite tibio-tarsienne. Tuberculose au début. Amputation. Hecticité. Mort.

Obs. XXXIII (Berger, th. agrég., 1875, p. 69.) Tumeurs blanches des articulations du carpe ; tubercules des testicules ; tuberculisation généralisée ; amputation ; mort.

Obs. XXXV. (Dr Wahl, in *Arch. Langenbeck*, t. XIII, p 669.) Tumeur blanche du genou. Amputation de cuisse. La réunion manque. Mort la septième semaine, de tuberculose pulmonaire.

Obs. XXXVI. (Dr Blasius, *Langenbeck's Arch.*, t. II, p. 538.) Carie et fistule au niveau de l'articulation de Chopart, tuberculose commençante. Amputation de Chopart. Mort. Tuberculose pulmonaire et intestinale.

Obs. XXXVIII. (Dr Volkers, *Langenbeck's Arch.*, t. IV.) Tarsalgie suppurée. Hydarthrose du genou. Amputation de cuisse. Mort dix-sept jours après de tuberculose miliaire.

Obs. XXXIX. (Dr Volkers, *id.*). Arthrite suppurée du genou. Amputation de la cuisse. Mort. Tuberculose étendue.

Obs. LIX. (*Bull. Soc. anat.*, 1875, p. 662.) Coxalgie. Résection. Suppuration prolongée; abcès multiples. Mort. Méningite tuberculeuse.

Obs. LX. (*Bull. Soc. anat.*, 1865, p. 442.) Coxalgie suppurée. Résection. Amélioration tout d'abord, mais bientôt mort par tuberculose.

Obs. LXI. (Picard, th. Paris, 1875, p. 74.) Tumeur blanche du genou. Subluxation. Résection. Mort de méningite tuberculeuse.

Obs. LXII. (Th. Boucher, 1871, p. 78.) Coxalgie rebelle. Résection. Hémoptysie ; mort.

Obs. LXVIII. (Th. Good, *Med. Times and Gaz.*, 1861, p. 444, 1860.) Coxalgie aiguë. Résection. Trois mois après, mort. Tuberculose pulmonaire.

Obs. LXIX. (Smith, *Med. Times and Gaz.*, mars 1863, 281, p. 319 et th. de Good, 1869.) Enfant. Carie de l'articulation coxo-fémorale; résection. Mort par tuberculose pulmonaire.

Obs. LXX. (Holmes, *Lancet*, août 1864, th. de Good.) Garçon, 7 ans, coxalgie droite suppurée. Résection. Mort de phtisie.

Obs. LXXIII. (*Arch. Langenbeck*, 1866, p. 745, th. de Good.) Coxalgie suppurée. Résection ; quinze jours après, mort de tuberculose pulmonaire.

Obs. LXXV. (Th. de Good, p. 87.) Coxalgie suppurée. Cachexie. Résection. Mort de tuberculose pulmonaire.

Obs. LXXVII. (Le Fort, *Mém. de l'Ac. de méd.*, 1861, p. 500, et *the Lancet*, 1857, t. II, p. 390). Abcès, carie coxo-fémorale, phtisie avancée; résection, mort quelques jours après de phtisie.

Obs. XCII. (Dr Lucke, *Arch. Langenbeck*, t. II ; p. 318.) Fille, 4 ans, arthrite chronique du genou ; tuberculose au début ; résection ; mort rapide par tuberculose.

Obs. XCIII. (Dr Volkers, de Kiel, *Arch. Langenbeck*, t. IV.) Coxalgie suppurée, cachexie ; résection ; mort de phtisie aiguë.

Obs. XCIV. (Personnelle.) Fistule pyo-stercorale au voisinage de la crête iliaque ; phtisie au début ; fièvre hectique ; trépanation de l'os iliaque ; évolution rapide de la phtisie. Mort.

Nous-même nous avons souvent observé ces aggravations subites de l'état général.

Observation 63 (inédite). — *Fistule anale complète chez un tuberculeux. — Opération. — Succès opératoire. — Aggravation de l'état général.*

M. H., 41 ans, célibataire, élève en pharmacie, entre le 31 août 1887, salle Broca, n° 24, service de M. Polaillon. Sorti le 29 septembre 1887.

Etat général. Le malade a beaucoup maigri depuis 2 ans; il tousse depuis longtemps, a craché un peu de sang, n'a pas de sueurs ni de fièvre, mais a un souffle très net au sommet droit, il a actuellement la respiration soufflante à gauche.

Il a eu un abcès de la marge de l'anus en juillet, cet abcès a été ouvert le 14 juillet et le malade s'est trouvé soulagé; depuis il tache le linge. Il a appliqué de l'onguent populeum.

État actuel. L'orifice inférieur est large, fistuleux, avec

tubercule surélevé; la sonde bute vers la muqueuse rectale, où l'orifice est étroit.

1er *septembre*. Je passe une sonde cannelée qui remonte à 7 centimètres environ dans le rectum, et j'incise au thermocautère. Comme pansement on applique une mèche iodoformée. Le malade n'a pas été anesthésié, il a éprouvé une douleur vive, et on lui administre une pilule d'opium de 2 centigr. 5.

3 *septembre*. Pansement. La plaie est en bon état, il y a un petit bourrelet œdémateux; on ordonne un bain alcalin prolongé.

4 *septembre*. Il reste encore un peu d'œdème et de douleur. J'introduis une mèche de gaze iodoformée dans le rectum, puis pansement à l'iodoforme et ouate.

5 *septembre*. Pansement. La plaie est en bon état.

6 — *Id.* *Id.*

10 — Le malade va bien.

17 — La fistule est guérie, mais l'état général est peu satisfaisant, il y a toujours de l'amaigrissement et de la toux ; celle-ci a notablement augmenté et l'état général est moins bon depuis l'opération.

18 *septembre*. Les phénomènes stéthoscopiques sont les mêmes que précédemment.

20 *septembre*. Le malade va à Vincennes. Il est guéri de sa fistule, mais l'état général est sensiblement aggravé.

Observation 64 (inédite). — *Abcès froid de la cuisse. — Tuberculose pulmonaire. — Incision. — Guérison rapide de l'abcès. — Aggravation de l'état général.*

M. H... J., âgé de 33 ans, mécanicien, entre le 18 mars 1887, à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 39, service de M. Polaillon, pour un abcès froid de la cuisse gauche, non ossifluent. Ce malade est à la fois tuberculeux et syphilitique.

Son père est mort à l'âge de 53 ans, sa mère à 50 ans, tous deux phtisiques. Il avait un frère et deux sœurs. Tous trois sont morts tuberculeux : le frère à 16 ans, et les deux sœurs, l'une à 18 ans et l'autre à 36 ans.

Notre malade fut bien portant jusqu'à l'âge de 30 ans, et il exerça un métier assez fatigant. En 1884, il contracta la

syphilis et fut soigné au Midi. La même année, il eut une fluxion de poitrine, pour laquelle on le soigna à Rouen.

Depuis janvier 1887, il souffre de douleurs modérées irradiées de l'aine au genou.

Il n'y a eu ni traumatisme, ni chute pouvant expliquer ces douleurs. Après sa syphilis, il a eu des douleurs lombaires. Il ne paraît avoir eu aucune manifestation secondaire (peut-être y a-t-il eu erreur de diagnostic, le chancre était apparu cependant un mois après le coït).

Alité depuis trois mois, il souffre, surtout la nuit, de douleurs de la cuisse ; il y a trois semaines, apparition d'abcès. De plus, depuis deux mois, il crache du sang. C'est surtout depuis ce moment qu'il maigrit et que sa santé s'altère.

C'est un malade maigre, affaibli, au teint pâle. Il a des craquements aux sommets des poumons et un peu de souffle à droite.

L'appétit est bon. Il a de la fièvre le soir et des sueurs nocturnes. On remarque de plus une tuméfaction considérable située à la face postéro-externe de la cuisse, à quatre travers de doigt au-dessous de l'interligne. Légère chaleur locale et fluctuation très nette. Peu de douleur. Dépressibilité et sensationde fausse réductibilité avec soulèvement des parties voisines.

Il a de vives douleurs le long du sciatique, au-dessus et au voisinage de l'abcès. La flexion de la jambe est incomplètement possible ; mais il y a tendance à la demi-flexion. Son extension provoque une vive douleur au niveau de l'abcès. Il a aussi des douleurs spontanées dans l'articulation du genou, et vers l'articulation coxo-fémorale une douleur lancinante s'irradiant de l'aine vers le genou. Les mouvements de la cuisse sont relativement libres. Il y a atrophie du biceps du côté malade.

L'abcès est limité par une collerette indurée qui donne l'idée d'un abcès sous-aponévrotique ayant perforé l'aponévrose, dont les bords formeraient un anneau induré.

On incise l'abcès le 24 mars et il en sort un pus sanguinolent et grumeleux.

On fait un lavage phéniqué, on met un drain et on fait un pansement iodoformé.

On fait un second pansement le 29, et un troisième le 31.

Le foyer se comble, un stylet introduit dans la plaie ne rencontre pas l'os. On ne trouve pas de fusées purulentes vers la hanche ou le genou.

Le malade tousse beaucoup et maigrit.

Le 13 avril, il se lève.

19 *avril.* Il peut être considéré comme guéri, mais l'état général s'aggrave et exige son maintien à l'hôpital.

9 *mai.* Sortie de l'hôpital. L'abcès est guéri mais l'état général s'est de beaucoup aggravé depuis l'entrée.

Observation 65 (inédite). — *Abcès froid costal chez un tuberculeux. — Grattage. — Récidive immédiate, — Nouvelle intervention. — Aggravation de l'état général. — Mort tardive.*

B..., âgé de 35 ans, serrurier, entré le 29 novembre 1887, salle Saint-Pierre, n° 25, service de M. Le Fort.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Parents bien portants ; père vigoureux, mère de constitution moyenne.

Antécédents personnels. — Le malade déjà soigné dans le service, au n° 31, en est sorti le 22 août 1887 ; il a déjà subi un grattage, c'est un tuberculeux avéré, sa plaie a continué à donner beaucoup de pus. Le malade tousse toujours, le trajet fistuleux persiste.

1er *décembre.* — L'état local et général du malade est le même. On constate à la région gauche du thorax deux plaies séparées par une distance d'environ 15 centimètres et réunies par un trajet fistuleux. Dans l'exploration avec le stylet, on sent la côte sous-jacente dénudée. Un stylet introduit par l'orifice supérieur glisse sous la peau et vient jusque dans le creux de l'aisselle, où l'on peut parfaitement en sentir l'extrémité.

8 *décembre.* — On opère le malade, qui supporte parfaitement le chloroforme. On réunit les deux plaies par une incision et on gratte le trajet fistuleux et la côte ; à la partie moyenne, on sent une dépression à laquelle fait suite un trajet qui s'enfonce profondément. Il n'est pas exploré. On fait quatre points de suture et on draine. On fait une contre-ouverture au niveau de l'aisselle, à l'extrémité du trajet, et l'on draine.

9 *décembre.* — Le malade n'a pas eu de fièvre, mais il tousse un peu.

13 *décembre.* — On enlève les points de suture, la plaie a très bon aspect, il existe une suppuration assez abondante.

16 *décembre.* — Le malade tousse toujours beaucoup, l'état général s'aggrave.

23 *décembre.*— Le trajet inférieur est complètement cicatrisé. La suppuration par le trajet supérieur est toujours abondante.

1er *février.* — Il y a une suppuration abondante venant de la région sous-claviculaire. Le malade tousse davantage et il a des sueurs nocturnes.

1er *mars.* — La région qui avoisine la plaie se tuméfie et présente des points douloureux à la pression.

16 *mars.* — Il y a anorexie complète.

21 *mai.* — Depuis le 16 mars, l'état général du malade ne s'est pas beaucoup modifié. Le malade semble pourtant plus faible. La fatigue l'empêche de rester hors du lit aussi longtemps qu'il le faisait au milieu de mars. Quand il est assis depuis un certain temps, il ressent tout à coup des douleurs lombaires ; la station debout est très pénible. Le malade n'a d'ailleurs ni fièvre, ni diarrhée, ni sueurs nocturnes. Le pus qui sort de la fistule est tantôt assez épais, tantôt d'apparence séreuse.La pression est douloureuse au niveau des côtes, aux environs du trajet.

8 *juin.* — On ouvre un abcès qui s'était formé près de la plaie opératoire.

10 *juin.* — Il y a une amélioration locale; mais le malade tousse un peu, sans avoir d'hémoptysie.

A partir de ce moment, son état général s'aggrave beaucoup; le trajet fistuleux suppure toujours et les lésions pulmonaires s'étant aggravées, il meurt le 25 octobre.

Observation 66 (inédite) (résumée). — *Tumeur blanche du pied. — Évidement. — Tuberculose généralisée.*

M. B., 17 ans, journalière, entrée le 15 mars 1887 à la Pitié, salle Gerdy, n° 6, service de M. Polaillon.

Cette jeune fille, dont l'état général était d'ailleurs mauvais, et dont les poumons présentent des lésions non douteuses quoique peu avancées de tuberculose, est atteinte d'une tu-

meur blanche tuberculeuse de l'articulation médio-tarsienne du pied gauche, avec ankylose angulaire du genou du même côté.

Le 16 mars, la malade étant chloroformée, et après l'application de la bande d'Esmarch, on procéda à l'évidement et à la cautérisation du foyer tuberculeux; on fit un pansement iodoformé; on fit la ténotomie du tendon qui s'opposait au redressement du genou, on mit en dernier lieu le membre dans une gouttière plâtrée.

La malade meurt de tuberculose généralisée, trois jours après.

Sous le titre « *De la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule local initial* », notre collègue Demars a fait paraître, dans le premier volume des *Études expérimentales et cliniques sur le tuberculose*, un bon travail, où il s'agit surtout des cas où une poussée s'est produite chez un opéré en apparence non tuberculeux, à la suite d'une opération, ainsi que le prouvent d'autre part les observations de Trélat.

Mais à la suite de ce travail, M. le professeur Verneuil est revenu longuement, dans le même ouvrage, sur l'aggravation des signes de tuberculose pulmonaire préexistante à l'opération.

Il publie, à ce sujet, plusieurs observations dont nous indiquons seulement des traits principaux placés en tête de la relation.

Observation I. — Contusion de l'épaule droite; ostéo-arthrite à marche lente; abcès ossifluent. Résection sous-périostée de la tête humérale. Suppuration abondante et de mauvaise nature; absence de travail réparateur local. Mort. Tubercules au sommet des deux poumons, pleurésie purulente à gauche.

Obs. II. — Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou; lésions pulmonaires commençantes; amputation de la cuisse; pansement de Lister; aggravation rapide des symptômes thoraciques.

Obs. III. — Amputations partielles de la main puis de l'avant-bras ; récidives locales promptes après cicatrisation ; envahissement de la région du coude. Amputation à la partie moyenne du bras. Pansement à l'iodoforme ; réunion secondaire. Guérison sans accident. Moignon bien conformé et resté sain. Mal de Pott et abcès présternal. Tuberculose pulmonaire.

Obs. IX (Magnée). — Tumeur blanche du coude. Tuberculose pulmonaire. Amputation du bras. Aucune amélioration des phénomènes thoraciques. Péritonite tuberculeuse. Mort.

Obs. VIII. — Arthrite tibio-tarsienne ; résection, méningite tuberculeuse le sixième jour. Mort le lendemain. Tuberculose pulmonaire ancienne et récente.

Obs. XVII. — Ostéo-arthrite des deux genoux et de l'auriculaire droit avec tuberculose pulmonaire : amputation de la cuisse gauche et de l'auriculaire. Aggravation des lésions du poumon et du genou droit. Mort.

D'autre part, nous empruntons au même ouvrage (page 405, etc.) quelques faits de l'aggravation de l'état général après l'intervention.

Obs. VI. — Scrofule. Mal de Pott ancien. Bon état général, puis ostéo-arthrite du pied. Aggravation de l'état général. Tubercules pulmonaires. Amputation de Chopart. Pansement antiseptique ouvert. Guérison locale. Séjour à Vincennes. Deux mois après, aggravation des signes pulmonaires, marche rapide. Pleurésie purulente. Mort. (Verneuil, tome II, page 405.)

Obs. VIII. (Verneuil, t. II, p. 407.) — Tumeur blanche du genou ; tubercules pulmonaires. Amputation de cuisse. Amélioration passagère, guérison locale, puis marche rapide de l'affection pulmonaire et mort quatre mois après.

Obs. IX. (Verneuil, t. II, p. 408.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Tubercules pulmonaires.. Amputation de cuisse. Succès opératoire malgré la cicatrisation lente. Aggravation de l'état général ; pleurésie subaiguë purulente, mort dans le courant du quatrième mois.

Obs. VIII. (Thèse de Clipet, 1867.) — Arthrite tibio-tarsienne. Tuberculose pulmonaire. Amputation de cuisse. Conicité du moignon. Aggravation de l'état général. Cachexie tuberculeuse. Mort trois mois après l'opération.

Obs. IX. (*Ibid.*) — Rétrécissement de l'urèthre. Tuberculose pulmonaire. Divulsion. Mauvais état général. Fièvre hectique. Emigration urbi-rurale tardive. Amélioration passagère. Cachexie tuberculeuse. Mort un mois après le retour à la campagne.

M. Clipet fait remarquer qu'il y a là plus qu'une coïncidence. Pour lui, ce n'est pas l'opération qui a donné un coup de fouet à la tuberculose, mais c'est la fièvre uréthrale causée par la divulsion qui a mis le malade hors d'état de résister à la tuberculose.

Voilà des faits nombreux, et certes nous ne saurions accuser l'auteur qui les publie de partialité, puisque quelques pages plus loin il nous rapporte un cas d'intervention où l'amélioration de l'état des poumons a été non douteux.

Obs. XVI. (Étude de Verchère.) — Ostéo-arthrite du pied, arthrite du coude, tuberculose pulmonaire, amputation de la jambe, amélioration des lésions pulmonaires, et aggravation de celles du coude.

Voyons maintenant ce que nous dit le Congrès de chirurgie de 1889 :

« Les opérations radicales ont été suivies parfois de poussées congestives du côté du poumon, poussées toujours sérieuses sans avoir cependant jamais été graves. » Les cas de cet auteur correspondaient deux fois à la castration, une fois à l'amputation de cuisse, une autre à une résection étendue du poignet.

M. Léonté de Bucharest rapporte un cas de tuberculose généralisée à la suite d'une résection du genou.

M. Schwartz a observé assez souvent des poussées aiguës ou subaiguës de tuberculose viscérale. — Dans un cas, il s'agissait de fistule à l'anus et il y eut une méningite tuberculeuse; dans un autre, il y eut tuberculose pulmonaire consécutive à une résection du genou. Dans les deux, la difficulté de l'anesthésie lui fit soupçonner que les lésions tuberculeuses avaient été méconnues.

Il n'en reste pas moins jusqu'alors ce fait très important, c'est que dans nombre de cas les lésions pulmonaires paraissent avoir subi une aggravation du fait de l'intervention.

Nous avons eu aussi l'occasion d'observer à plusieurs reprises de semblables accidents à la suite de l'intervention chirurgicale, et plusieurs faits qui nous ont vivement frappé, nous ont fait penser qu'il y avait plus qu'une coïncidence. S'il est vrai qu'on a pu observer l'amélioration ou l'état stationnaire des lésions pulmonaires, il n'en est pas moins certain que l'on pourrait rassembler un chiffre imposant de ces désastres chirurgicaux. Sont-ils en relation avec la gravité du traumatisme ? La plupart des observations que nous avons pu consulter nous démontrent qu'on a pu incriminer les traumatismes les plus divers. Les observations qui suivent montrent que le traumatisme peut être tout à fait minime. Quoi qu'il en soit, il y a un intérêt considérable à constater l'influence du traumatisme sur la localisation du bacille tuberculeux (expérience aujourd'hui classique de Max Schüller) et d'autre part l'influence du traumatisme local sur la détermination pulmonaire ; il y a là une sorte de cercle vicieux qui doit dans la pratique pousser à la prudence et à la circonspection, sans toutefois faire des tuberculoses locales un *noli me tangere*, ainsi que nous nous proposons de le démontrer.

Observation 67 (inédite). — *Fistule anale. — Tuberculose pulmonaire. — Hémoptysie. — Opération. — Retour des hémoptysies. — Mort immédiate.*

G... P., âgé de 57 ans, charpentier, salle St-Pierre, n° 18. Entré le 21 mars 1888, service de M. le professeur Le Fort.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Au mois d'octobre 1887, le malade a eu à la fesse gauche un abcès qui s'est ouvert au bout d'un mois. Depuis cette époque, il perd des matières.

Actuellement l'orifice externe se voit sur la fesse gauche.

25 *mars*. Le malade a une hémoptysie assez abondante.

26 *mars*. Le malade rejette encore quelques crachats colorés.

6 *avril*. Le malade ne crache plus de sang, mais il tousse toujours.

12 *avril*. On pratique au bistouri l'opération de la fistule anale, le malade est anesthésié par le chloroforme donné avec l'appareil Junker, son état est satisfaisant.

16 *avril*. Le malade a une hémoptysie abondante pendant la nuit, le sang qu'il a rendu, d'un rouge vif, remplit un crachoir.

Le 16 *avril*, le malade meurt subitement en deux minutes, en prenant un potage, malgré deux injections d'éther qui restent sans résultat.

A l'autopsie, on trouve une infiltration tuberculeuse compacte des deux poumons. Au sommet du poumon droit, on découvre une caverne; le poumon gauche contient en son centre de l'hépatisation tuberculeuse.

L'examen du cerveau n'a révélé aucune lésion de cet organe.

Observation 68 (inédite). — *Tuberculose pulmonaire avancée. — Uréthrotomie interne. — Hémoptysie foudroyante deux jours après.*

Le nommé P... F. entre à l'hôpital du Midi le 15 septembre 1886. Ce malade s'est déjà présenté à deux reprises à la consultation externe pour un rétrécissement de l'urèthre qui rend la miction à peu près impossible. Etant donné l'état général du malade qui est très amaigri, tousse et expectore des crachats caractéristiques, nous lui conseillons, le rétrécissement étant très serré et fibreux, de soigner d'abord l'état général et de revenir nous consulter lorsque sa santé se sera améliorée. Nous le revoyons quelques jours après dans le même état : à l'auscultation, signes cavitaires très nets ; cependant M. Bazy, qui suppléait M. Humbert, pense qu'il n'y a pas lieu de refuser l'intervention chirurgicale à ce malade, et qu'il faut supprimer la rétention d'urine qui ne peut qu'aggraver son état.

Le malade entre donc en traitement le 13 septembre 1886,

et le 15 septembre au matin M. Bazy fait l'uréthrotomie interne; tout marche d'ailleurs régulièrement quand, le 17 septembre, à midi nous sommes appelé en hâte pour voir le malade qui, nous dit-on, a craché du sang. Nous accourons et nous ne pouvons que constater la mort par hémoptysie foudroyante.

Observation 69. — *Grossesse. — Accouchement normal. — Pas de tuberculose pulmonaire. — Abcès du sein. — Débridement quinze jours après pleurésie tuberculeuse aiguë. — Mort.*

D... entre salle Lenoir, service de M. Kirmisson, suppléant M. Le Fort.

Il y a dix-huit mois, premier accouchement. La malade a nourri depuis cette époque, sans aucun accident que quelques gerçures au sein. Elle ne présente à l'entrée aucune affection pulmonaire. Semi-embonpoint.

L'enfant avait été sevré le 17 avril. La malade prit deux purgations pour faire passer son lait.

Le 28 avril, douleurs à la région mammaire droite et tuméfaction, avec état général, fièvre et vomissements.

1er *mai*. Entre par erreur à l'hôpital, service de médecine. Passage en chirurgie.

Aujourd'hui le sein droit est augmenté de volume et tuméfié; douleur et rougeur à la région externe, fluctuation profonde à ce niveau.

2 *mai*. Incision au bistouri. Destruction des cloisons de l'abcès avec la sonde cannelée. Lavage au sublimé.

Pansement humide. Drainage.

17 *mai*. Point de côté très accusé. Toux sèche. Rougeur de la face. Fièvre. A l'auscultation, égophonie.

L'épanchement paraît remonter jusqu'à la cinquième côte.

21 *mai*. Même état.

24 *mai*. L'épanchement paraît diminuer un peu.

27 *mai*. L'abcès du sein est à peu près guéri. Il reste encore un petit trajet fistuleux. Du côté du poumon, matité dans tout le côté droit. A l'auscultation du sommet, râles crépitants. Le souffle est moins marqué, l'épanchement a dû diminuer, l'égophonie a disparu. Quelques filets sanguinolents dans les crachats qui deviennent assez abondants.

31 *mai*. Pointes de feu le matin au sommet droit. Dans

l'après-midi crise d'asphyxie aiguë. 40 ventouses sèches. Sirop d'éther.

5 *juin*. La malade a des alternatives de dyspnée et d'amélioration. Sommets très soufflants. Amaigrissement. Aucun appétit.

L'incision de l'abcès mammaire est cicatrisée, mais il reste une petite fistulette au-dessus du mamelon.

6 *juin*. Dyspnée et oppression considérable. La malade meurt en état asphyxique à midi et demi.

Nécropsie. 8 *juin*.

Pleurésie purulente à droite. Deux litres de liquide environ avec fausses membranes de la plèvre. Bacilles dans le pus.

Pleurésie simple à gauche.

Péricardite pariétale et viscérale.

Congestion pulmonaire à gauche.

Poumon droit ratatiné par les fausses membranes. Tubercules pulmonaires confluents. Granulie.

Abcès du sein guéri.

Abcès au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite avec ouverture fistuleuse et épiderme soulevé par le pus sous forme de phlyctène (injection de morphine?). (Origine reconnue exacte après recherches.)

OBSERVATION 70 (inédite) (résumée) — *Arthrite fongueuse du genou. — Tuberculose pulmonaire avancée. — Redressement et application d'un silicate. — Aggravation rapide de l'état général. — Mort.*

D... H., 26 ans, tonnelier, entre le 10 août 1889, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 38, hôpital de la Pitié.

Ce malade a déjà été autrefois traité dans le service.

Il revient le 10 août, le genou gauche dans un silicate. L'examen est très douloureux. Il est atteint d'une tuberculose pulmonaire très avancée. Il y a de l'émaciation et de l'atrophie de la cuisse, et de l'œdème du membre malade.

Vers le 22 *août*, on enlève le silicate ; mais le malade ne peut supporter la gouttière, on remet un silicate *le* 25 ; en faisant, quoique sans anesthésie, quelques tentatives de redressement pour corriger l'attitude du membre.

Dès le 25, le malade éprouve une dyspnée considérable, il

y a eu aggravation des lésions pulmonaires et il offre les symptômes d'une granulie aiguë.

Le 29 et le 28, il a de la cyanose.

Le 29 au matin, il meurt.

On a fait opposition à son autopsie.

Observation 71 (inédite)(résumée)— *Tumeur blanche du genou. — Tuberculose pulmonaire. — Tentative de redressement. — Mort.*

E. F..., âgée de 28 ans, couturière, entrée le 28 mars 1887, salle Gerdy, n° 12. Cette jeune femme, atteinte d'une arthrite du genou gauche, porte de plus des lésions avancées des deux sommets.

L'état général étant mauvais, M. Polaillon ne croit pas devoir intervenir chirurgicalement. Elle est laissée au repos et on se contente d'exercer une légère compression.

Le 17 avril, on tente le redressement du genou sans chloroforme et on applique un silicate. L'état pulmonaire s'aggrave en deux jours et, le 21 avril, la malade meurt de poussée aiguë du côté du poumon. A l'autopsie on constate la présence de cavernes pulmonaires sans granulie.

Enfin, en consultant nos notes, nous n'avons pas été peu étonné de trouver dans le cadre réservé aux interventions pour tuberculose articulaire plusieurs cas d'aggravation de l'état général ayant entraîné la mort, alors que les autres catégories de malades, quoique formant dans nos notes un contingent bien plus important, ne contenaient pas plus de trois ou quatre de ces faits. Aussi réunissons-nous ces observations ayant trait à des lésions articulaires, en faisant remarquer la particularité de la fréquence des poussées aiguës dans ce genre d'intervention. (Voyez plus loin, p. 196 et 199.)

Richelot a cité, en 1885, à la Société de chirurgie l'exemple d'un jeune boucher chez qui une opération restreinte pour arthrite fongueuse du poignet fut manifestement le point de départ d'une généralisation tuberculeuse aiguë.

Au congrès de la tuberculose (*Comptes rendus* page 619) M. le Dr Vargas, de Madrid, repoussant hautement l'idée de la généralisation précoce de la tuberculose, croit que l'intervention, si elle est complète, est toujours efficace, et apporte « une guérison radicale, non seulement à l'organe, mais encore à l'organisme. » Il cite 114 cas de Rivera, chirurgien en chef de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, et 200 cas de tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire du Dr Alabern, qui trouva dans tous les cas les bacilles tuberculeux » (???) (1) qui ne se compliquèrent d'aucune lésion après l'opération, sauf dans deux cas où l'on intervint trop tard, et dans cinq cas où l'on n'intervint pas.

M. Vargas cite encore l'opinion de Creus, de Madrid, et il cite un cas de fistule à l'anus tuberculeuse, opérée par lui chez un sujet non tuberculeux, comme une curiosité ! ! Personne n'a jamais dit qu'on ne pût le faire et nous-même, qui professons pour la fistule à l'anus une crainte sérieuse, nous intervenons souvent avec succès.

M. Vargas affirme d'ailleurs qu'avec l'intervention de la curette ou du couteau, les affections tuberculeuses externes localisées guérissent radicalement ! ! On pourrait facilement citer des cas contraires, mais nous exposons sans critique l'opinion de quelques membres du congrès.

B — Tuberculose pulmonaire consécutive a l'opération

Parmi les complications les plus intéressantes, il faut surtout placer celles qui surviennent en dehors de toute constatation de tuberculose antérieure pulmonaire ou méningée. Un malade est opéré : on n'a point constaté de signes de

(1) Quiconque a fait pareilles recherches comprendra ces points d'interrogation, la présence des bacilles étant dans ces cas difficile ou impossible à constater par l'examen microscopique, seule méthode employée, au dire de M. Vargas.

tuberculose pulmonaire. Brusquement il offre, dans les jours qui suivent l'opération, les signes de la granulie cérébrale et meurt. On constate à l'autopsie les tubercules méningés et cérébraux. Tel est le type clinique de cette complication.

Le fait n'est pas rare, puisque dans les mêmes volumes des études sur la tuberculose nous trouvons le mémoire de Demars, celui de M. Verneuil, enfin, celui de Verchère et Métaxas qui sont remplis de données et de faits intéressants sur ce sujet.

Demars rapporte quelques cas d'infection tuberculeuse du poumon consécutive à une opération de tubercule local initial.

Observation I. — Tuberculose testiculaire. Bonne santé apparente; pas de tuberculisation pulmonaire. Castration. Hémoptysie 25 jours après. Tuberculisation pulmonaire aiguë. Mort probable 5 à 6 mois après, le malade n'a pu être suivi.

Obs. II. — Tuberculose testiculaire. Pas de tuberculose pulmonaire. Castration. Hémoptysie 10 jours après. Tuberculose grave.

Obs. IV. — Hygroma prérotulien. Etat général très bon ; pas de lésion pulmonaire. Incision et grattage. Hémoptysie 10 jours après, mort en 25 jours ; autopsie : granulie pulmonaire.

M. le professeur Verneuil rapporte de son côté un nombre important d'observations où l'opération a donné le signal de l'éclosion des accidents ; ces faits forment une catégorie à part qu'il est nécessaire, pensons-nous, de séparer de ceux où l'opération a donné seulement un coup de fouet aux lésions préexistantes.

Ici il n'y a plus tuberculisation ancienne à marche lente réveillée par l'acte opératoire ; la tuberculose pulmonaire n'existe pas (nous verrons que ce point est en litige), ou ne se manifeste par aucun signe, elle semble donc créée de toutes pièces par le trauma (1).

(1) On peut y joindre notre observation 69, page 171.

Observation IV. — Coxalgie ancienne. Redressement et immobilisation dans un appareil silicaté. Méningite tuberculeuse débutant aussitôt, mais prenant une marche chronique. Peu après tuberculose miliaire généralisée. Mort.

Obs. V (Prengrueber). — Coxalgie suppurée avec déviation très marquée. Redressement facile. Méningite. Mort. Lésions récentes à l'autopsie.

Obs. VII (Szuman). — Brisement forcé d'une articulation enflammée, chez un scrofuleux, avec tuberculose aiguë consécutive. Pas de lésions pulmonaires antérieurement à l'opération.

Obs. VIII (déjà citée plus haut). — Arthrite tibio-tarsienne. Résection. Méningite tuberculeuse le sixième jour. Mort le lendemain. Tuberculose pulmonaire ancienne et récente. (Socin et Keser, *Jahresbericht über die chir. Abtheilung zu Basel*, 1884, p. 136.)

Obs. X. — Fracture double des os de l'avant-bras. Excellente santé antérieure. Tuberculose rapide. Mort. (Magnié de Vaux-sous-Chévremont in *Journal d'accouchements de Liège*.)

Obs. XI. — Amputation de la jambe pour arthrite tibio-tarsienne. Guérison par première intention. Mort de méningite tuberculeuse et de tuberculose miliaire 27 jours après l'opération qui avait été aussi radicale que possible. (Lucas Championnière, *Journal de méd. prat.*, oct. 8.)

Obs. XIII. — Tumeurs blanches du genou et du cou-de-pied. Amputation le 13 août. Mort de tuberculose cérébrale le 7 septembre. (Lucas Ch., *id*).

Obs. XIII. — Abcès froid ganglionnaire de la région sous-claviculaire droite. Ouverture et raclage. Ablation de quatre ganglions circonvoisins, du volume d'une petite noisette. Tuberculose aiguë. Méningite tuberculeuse 10 jours après. Mort 9 jours après le début des accidents. (Poncet de Lyon.)

Obs. XV, communiquée à M. Verneuil par notre excellent ami Ricard. — Tubercule de l'épididyme droit. Grattage de deux trajets fistuleux ; apparition prompte de symptômes thoraciques vagues; constatation, au 23e jour, d'un épanchement pleurétique; augmentation rapide et ramollissement d'un foyer caséeux de l'épididyme gauche.

C. — Méningite tuberculeuse post-traumatique

Outre les précédentes observations (1), MM. Métaxas et Verchère, dans leur travail sur la méningite tuberculeuse post-traumatique, publient nombre de cas intéressants.

Après avoir rappelé la brillante discussion de 1883 à la Société de chirurgie, à laquelle prirent une part si importante MM. Verneuil, Trélat, Berger, Richelot, Després, etc..., ces auteurs font remarquer combien l'influence d'un traumatisme sur la genèse de la méningite est une notion vulgaire, répandue dans le public à tel point que toute méningite est considérée comme résultat d'un choc ou d'une chute par les mères de famille.

Nous ne suivrons pas ces auteurs dans l'étude approfondie qu'ils font de l'époque d'apparition, de la topographie anatomo-pathologique des lésions ; mais nous résumerons leurs observations, en faisant observer qu'elles correspondent bien aux divisions que nous avons déjà établies.

1° Apparition de la méningite sur un sujet sain mais prédisposé, à l'occasion d'un traumatisme, que la lésion qui a nécessité un traumatisme soit ou non tuberculeuse. (Nous ne nous occuperons que du 2e cas.)

2° Apparition de la méningite sur un sujet antérieurement tuberculeux, que le traumatisme ait pour objet une tuberculose locale au non.

Cette éclosion doit-elle être rapportée à un foyer préexistant à marche torpide, aux lieux de moindre résistance, à la fréquente localisation du bacille dans les méninges, à la théorie moins explicite du coup de fouet, nous ne saurions le dire, mais nous attirerons surtout l'attention sur la statistique considérable de Verchère et Métaxas, qui n'ont pas rapporté à l'appui de leurs assertions moins de 55 observations dont :

(1) Voir pages 159-160 et 176.

Résections articulaires	18
Grattages d'abcès et fongosités	11
Amputations	6
Ablation de ganglions	3
Maux de Pott	3
Évidements	2
Interventions incomplètes pour testicule tuberculeux	2
Cautérisations articulaires	2
Cautérisation du canal nasal	1

OBSERVATIONS (1)

I. Frères et sœurs manifestement tuberculeux — autrefois hémoptysie sans importance. — Pleurésie. — Tuberculose génito-urinaire. — Ouverture de deux petits abcès épididymaires avec une lancette. — Méningite tuberculeuse. — Mort 10 jours après.

II. (Volkmann.) Coxalgie droite. — Janvier 74, résection. — 1er mai, cautérisation, raclage. — Août, méningite et mort. Autopsie : granulations dans le foie, le poumon, la rate.

III. (Wahl.) Abcès derrière le grand trochanter gauche. — Résection 66 jours après l'opération, mort d'une méningite tuberculeuse.

IV. (Wahl.) Coxalgie gauche, abcès ossifluents, résection de la tête et du cotyle. 53 jours après l'opération, mort par méningite tuberculeuse.

V. Volkmann.) Coxalgie gauche, abcès iliaque, résection de la hanche gauche, le 11 mars 73. — 28 avril, méningite de la base. — Mort le 3 mai.

VI. (Riesengen.) Famille tuberculeuse. — Piqûre à l'avant-bras après refroidissement en avril 77. — 20 juillet, ouverture de l'abcès. — Août, pleurésie exsudative. — Novembre, amputation du bras. — 12 décembre, douleurs de tête. — 10 janvier, mort par méningite tuberculeuse.

(1) Métaxas et Verchère, in *Etudes s. la Tuberculose*, 1er volume.

VII. (Neumeister.) Coup sur le genou. — Amputation de la cuisse le 29 juin. — Le 5 juillet, mort de méningite tuberculeuse.

VIII. (Koenig.) Arthrite fongueuse du genou. — Résection le 18 nov. 69, mort le 27 déc. de méningite tuberculeuse.

IX. (Volkmann.) Inflammation du talon. Octobre, raclage du calcaneum, symptômes cérébraux, mort le 5 juin 1874.

X. (Sayre.) Tumeur blanche du genou. — Résection. Mort de méningite tuberculeuse six semaines après.

XI. (Billroth.) Arthrite du genou. — Résection, 1er mai 1860. Mort le 7 juillet.

XII. (Hinsch.) Malade d'Esmarch. — Résection du poignet, méningite tuberculeuse et mort seize jours après.

XIII et XIV. Carie coxo-fémorale. Section du fémur, au 39e jour mort par méningite tuberculeuse.

Tumeur blanche du genou. — Résection. — Mort 8 jours après, diarrhée et convulsions (enfant de 1 an et demi).

XV. Abcès froid ganglionnaire de la région sous-claviculaire droite. Ouverture et raclage de la poche. Ablation de quatre ganglions circonvoisins. Méningite tuberculeuse 10 jours après, mort 9 jours plus tard.

XVI. Extirpation de ganglions strumeux de l'aisselle. Point d'accidents locaux. Mort de méningite 10 jours plus tard.

XVII. Chute sur la tête. Mort de méningite tuberculeuse.

XVIII. Arthrite tibio-tarsienne. — Résection. — Méningite tuberculeuse le sixième jour. Mort le lendemain.

XIX. — Arthrite tibio-tarsienne. Amputation de la jambe. Mort de méningite tuberculeuse vingt-sept jours après.

XX. — Tumeur blanche du genou gauche et du cou-de-pied droit. Amputation, août. 7 septembre, mort de tuberculose cérébrale.

XXI. (Prengrueber.) Coxalgie suppurée avec déviation marquée. Redressement facile. Méningite. Mort.

XXII. (Verchère.) Coxalgie ancienne. Redressement et immobilisation. Méningite tuberculeuse mais devenant chronique. Tuberculose miliaire et mort.

XXIII. (Dumontpallier.) Pleurésie avec épanchement, puis

double épididymite tuberculeuse. Tumeur vers le milieu de la région dorsale, puis à la région sternale, bientôt abcès froid au triangle de Scarpa. Ponctions. Mort cinq ou six jours après avec accidents cérébraux.

XXIV. (Cadet de Gassicourt.) — Tumeur blanche du genou. Amputation le 8 mars 1871 ; seize jours après, mort de méningite tuberculeuse.

XXV. (Cadet de Gassicourt.) — Tumeur blanche tibio-tarsienne. Cautérisation au fer rouge. Méningite tuberculeuse. Mort treize jours après.

XXVI. (Cadet de Gassicourt). — Abcès du fémur gauche. Grattage. Méningite tuberculeuse. Mort par tuberculose miliaire.

XXVII. (Dumontpallier.) — Mal de Pott dorso-lombaire. Immobilisation. Abcès à la région externe de la cuisse droite. Ponction. Section deux mois après accidents cérébraux. Mort.

XXVIII. (Laffite.) — Tuberculose épididymaire gauche. Juillet 1876, ponction avec une lancette. Méningo-encéphalite. Mort en août.

XXIX. (Verneuil.) — Coxalgie. Rétrécissement. Méningite tuberculeuse. Mort vingt jours après.

XXX. (Roux.) — Arthrite du genou gauche. Cautérisation au fer rouge. Méningite tuberculeuse. Mort.

XXXI. (Roux.) — Gibbosité dorso-lombaire. Gouttière de Bonnet. Méningite tuberculeuse. Mort.

XXXII. (Verneuil.) — Coup sur la tête. Méningite tuberculeuse. Malade parti de l'hôpital.

XXXIII. (Richelot.) — Synovite fongueuse de l'avant-bras. Raclage. État local excellent. Etat général s'aggrave. Mort.

XXXIV. — Collection purulente à la cuisse gauche. Ouverture. Méningite tuberculeuse. Mort.

XXXV. (Polaillon.) — Tumeur blanche astragalo-calcanéenne à la suite d'une entorse. Evidement de la partie antérieure du calcanéum, 1er mars. 7 avril, mort par méningite tuberculeuse.

XXXVI. (Martel.) — Fausse ankylose du genou. Redressement le 16 décembre 1884. Méningite tuberculeuse. Mort le 26 janvier.

XXXVII. (Bruch.) — Tumeur blanche suppurée du coude. Résection sous-périostée le 6 mars 1884. Mort trois mois après, de méningite tuberculeuse.

XXXVIII. (Bruch.) — Résection du genou. Méningite tuberculeuse. Mort.

XXXIX. (Ozenne.) — Méningite tuberculeuse à la suite d'un traumatisme de la tête.

XL. (Martin.) — Méningite tuberculeuse consécutive à un coup sur la tête.

XLI et XLII. (Exchaquet.) — Glandes lymphatiques tuberculeuses opérées, fausses couches, tuberculose méningée et mort dix mois après l'opération.

Affections articulaires avec abcès multiples. Raclage. Méningite tuberculeuse. Mort.

XLIII. (Ferret.) — Débridement du canal nasal. Quinze jours après, mort par méningite tuberculeuse.

XLIV. (Pozzo di Borgo.) — Tumeur des bourses. Ablation et cautérisation au fer rouge. Quelque temps après, nouvelle intervention après accidents cérébraux calmés ; quarante-huit heures après, mort de méningite tuberculeuse.

XLV. (Macewen.) — Genu valgum double. Opération. Le quinzième jour, mort de méningite tuberculeuse.

XLVI. (Howse.) — Résection du genou. Méningite tuberculeuse. Mort vingt-quatre jours après.

XLVII, XLVIII, XLIX, L. (Jules Bœckel.) — Coxalgie. Résection de la hanche le 27 février. Mort le 2 avril. Méningite tuberculeuse;

Coxalgie suppurée. Résection de la hanche le 8 juin. Mort le 29, après accidents cérébraux ;

Coxalgie suppurée. Résection le 20 juillet. Le 4 août, mort après accidents cérébraux ;

Tumeur blanche du genou. Résection. Amputation. Mort de méningite tuberculeuse.

LI, XII, LIII. (Lannelongue.) Abcès froid de l'avant-bras. Incision. Excision. Raclage. Méningite tuberculeuse. Mort ;

Abcès froid costal. Ouverture 5 avril. 12, méningite tuberculeuse. Mort le 20 ;

Coxalgie suppurée. Ouverture d'un abcès le 10 mai. Méningite tuberculeuse. Mort le 5 juin.

LIV. — Arthrite du genou gauche. Redressement le 5 octobre. Accidents cérébraux. Mort le 29 novembre.

LV. — Arthrite strumeuse du genou droit. Pointes de feu. État local bon ; mais douze jours après, mort par méningite tuberculeuse.

Nous en avons observé plusieurs cas : les deux observations suivantes ont trait à des sujets antérieurement tuberculeux.

Observation 72 (résumée, inédite). — *Gommes tuberculeuses du bras. — Tuberculose pulmonaire. — Incision et grattage. — Méningite tuberculeuse. — Mort rapide.*

Ch... E., 32 ans, ménagère, entre le 21 juin, service de M. Polaillon, salle Gerdy, lit n° 14.

Cette malade porte deux abcès tuberculeux, l'un à la face dorsale de l'avant-bras droit et l'autre au-dessus de l'olécrâne du même côté, l'état général est assez bon ; cependant la malade tousse, et a maigri : elle a des lésions peu avancées aux deux sommets. Trois ou quatre jours après l'entrée on pratique l'incision et le grattage ; puis on fait des lavages à l'eau phéniquée et on applique un pansement iodoformé.

Il survient alors des douleurs très vives dans la tête, les pupilles sont irrégulières : tout porte à croire à l'évolution d'une méningite tuberculeuse.

Sur sa demande, la malade sort le 7 juillet. Ses abcès sont guéris; elle rentre dans sa famille où elle succombe quelques jours après, ayant présenté les signes d'une méningite.

Observation 73 (inédite). — *Scapulalgie. — Incision. — Lavage. — Amélioration. — Résection. — Granulie aigue. — Méningite. — Mort.*

D... G., âgé de 22 ans, dentiste, entre dans le service de M. Polaillon, salle Broca, n° 28, le 13 septembre 1887. Usé par des excès nombreux, tuberculeux des poumons, ce malade est porteur d'une scapulalgie suppurée avec une fistule de l'articulation scapulo-humérale gauche : la sonde cannelée s'engage dans le trajet fistuleux et aboutit à une portion d'os dénudée. Le bras est le siège de nombreuses fusées purulentes. Antécédents de famille tuberculeux.

Vu le mauvais état général, M. Polaillon n'ose intervenir autrement que par l'incision au bras et à l'aisselle, avec grattage de quelques fongosités et lavages phéniqués. Le malade sort le 12 octobre 1887 sans amélioration.

Il revient au mois de novembre, et l'état général s'étant sensiblement amélioré, M. Polaillon pense qu'il n'y a plus lieu de refuser l'intervention.

Le 19 novembre, chloroformisation, résection de l'épaule. Incision le long de l'acromion, résection large de la tête humérale. Pansement à l'iodoforme et pansement de Lister. On renouvelle le pansement le 22 novembre. Le 23 novembre, le malade est subitement pris de dyspnée, délire ; et meurt de granulie aiguë avec méningite, le 24 novembre 1887.

Au Congrès de chirurgie de 1889, M. le professeur Verneuil reprenant la même question, grossie d'une nouvelle expérience de deux années, signale de nouveau les poussées de granulie, l'explosion de la méningite ou l'aggravation de l'état déjà précaire des reins et du foie.

Mais, il faut l'avouer, notre surprise a été grande de n'y point trouver de plus nombreux documents : des chirurgiens qui ont pris la parole, peu ont fait allusion à la méningite survenue comme complication du traumatisme opératoire nécessité par une tuberculose locale chez un sujet dont les poumons ne présentaient pas d'altérations sensibles des poumons.

Nous nous serions attendu, au contraire, à voir grossir la liste de ces faits, d'autant que n'ayant point eu à observer nous-même pareille complication, nous n'y pourrons ajouter notre appoint, malgré le soin que nous avons mis à recueillir les 258 observations qui font la base de ce travail.

Cependant, disons-le, la conviction du professeur Verneuil a entraîné la nôtre, et l'importance des observations citées par lui et ses élèves vaut mieux qu'une simple mention : il y a là un concours de circonstances dont le lien peut bien être celui des causes et des effets et apporte un contingent de gravité à l'intervention opératoire, sans être une contre-indication absolue, puisque ces faits, si nombreux qu'ils soient, constituent cependant une particularité peu fréquente.

Faut-il n'y voir, avec M. Ollier (Congrès de chirurgie 1889), que des accidents imputables à des complications viscérales que l'on avait méconnues, et n'en pas charger l'acte opéra-

toire ? Mais, dira-t-on, comment peut-on méconnaître des lésions aussi graves préexistantes ? Une fois, à la rigueur, cela est possible ; cela ne l'est plus quand l'attention a été attirée. Et pourquoi dans ces cas ces lésions sont-elles restées latentes et torpides jusqu'au jour précis de l'opération, pour évoluer rapidement ensuite, si celle-ci n'a sur elles aucune influence ?

Faut-il n'y voir qu'une simple relation de coïncidence ? La chose est possible évidemment, mais n'est pas applicable à la généralité des cas. « On se demande, disait en substance (*Semaine Médicale*) M. Le Dentu au Congrès de 89, si parfois il n'y a pas eu, après une intervention chirurgicale, des rappels de diathèse, en quelque sorte des accidents métastatiques.

J'ai observé quelquefois des méningites aiguës, survenant pendant l'évolution d'une tuberculose périphérique sans qu'il y eût d'acte opératoire à incriminer. J'ai vu en 1872 un exemple de granulie rapide dans un cas d'arthrite fongueuse du genou qu'on traitait alors par la thermo-cautérisation. Il y a dans ces faits du transport métastatique un côté qui nous échappe. »

Sans doute on peut observer des tuberculeux qui subissent une poussée du côté des méninges, en dehors de tout acte chirurgical ; est-ce à dire pour cela que celui-ci, lorsqu'il intervient, ne peut pas jouer le rôle de cause ? Sans doute encore on peut accuser la coïncidence ; celle-ci existe, à n'en pas douter, dans un certain nombre de cas, mais ce serait merveille de la voir assez fréquente et assez constante pour qu'elle pût expliquer un pareil nombre d'observations.

Nous ne saurions être taxé de partialité ; nous exposons des faits que nous avons vus ou entendu rapporter: nous n'en avons pas d'expérience personnelle ; mais ils entraînent à tel point la conviction, que nous ne croyons nullement en affaiblir la portée en publiant, à l'exemple de notre maître, un cas intéressant contraire à la thèse que nous venons d'expo-

ser, parce qu'il indique une cause d'erreur possible, mais, nous le croyons, fort rare assurément.

Observation 74 (inédite). — *Végétations rectales. — Opération remise à une date ultérieure par suite de circonstances accessoires, puis refusée. — Méningite tuberculeuse. — Mort immédiate deux iours après le jour fixé pour l'opération. — Autopsie.*

L..., B., chef de cuisine (40 ans), entre le 23 décembre 1889 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, sous le diagnostic d'hémorroïdes enflammées. La teinte jaunâtre de la face nous fait d'abord croire à un néoplasme rectal : de fait il souffre, a de l'incontinence des matières et a rendu du sang.

A la vue on aperçoit un bourrelet rouge, en forme de fraises pédiculées, se réduisant au toucher, mais que l'on sent en arrière, au niveau de l'ampoule rectale. Le malade répond bien aux questions qu'on lui pose.

Le 27 décembre M. Ricard songe à l'opérer, on conduit donc le malade à la salle d'opération. Très abattu depuis la veille, il se trouve en outre qu'il a mangé. Force est donc de remettre l'opération au lendemain. B. demande alors la permission d'aller au Châtelet : vu son état d'hébétude, je la lui refuse.

Il est, en effet, bizarre d'allure, et M. Ricard se demande s'il est sage de l'opérer. M. Verneuil pense qu'il y a lieu de procéder à un examen plus complet, et le lendemain M. Ricard lui refuse toute intervention. Le malade se lève, va et vient dans les salles.

Brusquement, le 29 décembre, à 11 heures du soir, le malade meurt.

Le 31 décembre je fais l'autopsie.

Je ne trouve rien du côté de l'abdomen : les deux poumons présentent des adhérences totales, ils ont un aspect granité dû à la confluence des tubercules.

A la base droite il y a une sorte de tissu aréolaire à ampoules remplies de pus et formé de cavernules confluentes. Le foie est gros, sans dégénérescence graisseuse; les reins normaux. — Rien ailleurs; je constate une méningite purulente de la convexité droite et de la scissure de Sylvius ; gros tubercule au niveau de

la lèvre droite de la scissure interhémisphérique, tubercule suppuré de la protubérance.

Les ventricules contiennent une quantité considérable de liquide séreux.

Il y a enfin hémorrhagie du ventricule bulbaire et infiltration de sang du côté du bulbe.

Ce fait de méningite latente nous a paru intéressant à publier. Que l'on ait opéré le malade, déjà couché sur le lit d'opération, l'on eût chargé l'acte opératoire d'un méfait dont il était bien innocent, ainsi que l'a prouvé l'abstention de M. Ricard.

Il confirmerait l'idée de notre maître M. Polaillon, qui attribue l'explosion de la méningite post-opératoire à une marche latente des lésions ; mais il constitue, somme toute, une exception.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre, et s'il est vrai qu'il existe chez l'adulte des formes larvées de méningite tuberculeuse, c'en est un bel exemple. Que fût-il arrivé si on eût opéré le malade. A n'en pas douter on eût incriminé (et à bon droit, ce nous semble) le traumatisme, et notre dossier des échecs de thérapeutique chirurgicale se fût enrichi de cette observation. Il faut remarquer ces faits et attirer l'attention sur eux, mais de là à conclure que tous les faits publiés au passif des opérations doivent être portés à l'actif d'une lésion antérieure avancée, il y a loin, ce nous semble.

De ce chapitre sur les complications immédiates de ce genre d'opération, il y a plus d'une conclusion et d'un enseignement à tirer. Notre cher maître l'avait prévu, et avec toute sa compétence en pareille matière, il avait émis, au Congrès, des conclusions auxquelles nous n'avons guère à ajouter:

1° Le résultat immédiat est fréquemment bon, surtout depuis la nouvelle pratique chirurgicale; on a une cicatrice parfaite du foyer tuberculeux, une disparition complète actuelle du mal ;

2° Parfois le résultat est médiocre ; il y a fistule, par

exemple. Néanmoins le malade est soulagé ; on a fait une opération palliative ;

3° Le résultat peut être nul : rien n'a été changé à l'état du malade.

4° Enfin, il y a des résultats mauvais, même mortels : A. par aggravation du mal sur place ; B. par poussée de granulie ou explosion de méningite ; C. par coup de fouet imprimé à des altérations préexistantes du foie ou des reins. (Nous ne pouvons aborder l'étude de cette dernière variété.)

RÉSULTATS DE NOTRE STATISTIQUE

CHAPITRE IV

Remarques diverses sur notre statistique

Mais cette catégorisation des malades serait fort incomplète si nous n'avions pas poussé plus loin l'analyse. Les faits très nombreux que voulait notre maître, nous les avons, je pense. Mais « je voudrais, dit-il, qu'avant de mentionner la guérison d'un opéré, on me dît quelles lésions il portait, leur étendue, leur multiplicité, de quel malade il s'agissait, quel était son âge et ses antécédents de famille ou personnels, quelle condition sociale il occupait, dans quel milieu il habitait, quelle opération on lui a faite, et quel traitement pré ou post-opératoire on lui a fait suivre ? »

Nous ne saurions dès maintenant répondre à toutes ces questions qui concernent nos opérés ; ces indications trouveront leur place en tête de chaque observation capitale, mais nous devons dès maintenant classer nos malades en deux groupes distincts : ceux qui outre les lésions locales présentaient des manifestations pulmonaires ; ceux chez qui ces manifestations faisaient défaut. Le chiffre en est fort réduit, car nous n'avons voulu faire entrer en ligne de compte que les sujets sur lesquels nos notes étaient suffisamment précises pour justifier l'affirmation ; l'absence de renseignement dans une observation clinique n'ayant nullement, à notre avis, la valeur de la négative. D'où deux catégories :

1° *Malades présentant des lésions pulmonaires certaines;*

2° *Malades ne présentant pas de lésions pulmonaires.*

La multiplicité des lésions tuberculeuses est l'apanage même des lésions chirurgicales anciennes d'origine tuberculeuse. Avant donc d'affirmer que le sujet n'a pas été strumeux ou n'est pas en puissance de tuberculose, il y a lieu de procéder à un examen complet dans lequel l'auscultation, si nous osions poser ce paradoxe, serait accessoire. Et, en effet, la localisation pulmonaire marquant un degré avancé de la bacillose, il est rare qu'à première vue on ne sache reconnaître, même à un examen superficiel, le malade porteur de lésions pulmonaires. Il en est tout autrement du scrofuleux proprement dit, qui peut, sous une apparence de bonne santé, d'embonpoint souvent notable, cacher, comme à l'état latent, la manifestation de l'affection. Ce sont ces points qu'il faut rechercher : glandes, ostéites, tuberculose de quelques organes, et leur fréquence est très inégale; mais s'il est vrai que la tuberculose ganglionnaire du cou soit très fréquente, fait d'observation qu'il n'y a évidemment pas à discuter, on n'a pas assez, ce nous semble, insisté sur une autre localisation de la tuberculose chirurgicale. Nous voulons parler de l'épididyme, circonstance fréquente, témoignant souvent d'une altération profonde de l'organisme. Elle a, sur les ganglions cervicaux, l'avantage d'être plus durable, de laisser une trace facile à percevoir et assez caractéristique pour que, parodiant un mot célèbre, nous disions que c'est au testicule qu'il faut « *tâter le pouls de la tuberculose chirurgicale* ». Nous ne nous souvenons point d'avoir jamais vu un malade atteint de tuberculose génito-urinaire, chez lequel il ne restât des traces très nettes de l'affection ; tandis qu'il est fréquent de voir les ganglions cervicaux disparaître jusqu'à une nouvelle récidive, sans laisser de signes de leur présence à un moment donné.

Ce n'est pas tout encore, et la nature de l'opération n'étant pas, au dire de certains auteurs, un facteur à dédaigner dans les suites et résultats des opérations chez les tubercu-

leux, nous avons dû noter la variété de ces opérations. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les conclusions de quelques auteurs :

« Je diviserais volontiers les opérations pour tuberculoses locales en trois catégories :

« 1° Les opérations tout à fait bénignes, telles que les injections d'éther iodoformé, qui ne donnent que d'assez médiocres résultats lorsque l'abcès froid est lié à une lésion osseuse ;

« 2° Les opérations limitées, curages, évidements, résections partielles qui m'ont toujours donné les résultats les plus satisfaisants;

« 3° Enfin, les opérations radicales qui ont été suivies parfois de poussées congestives du côté du poumon, poussées toujours sérieuses sans avoir cependant jamais été graves. En résumé, je pense que dans les tuberculoses locales, les opérations qui donnent les meilleurs résultats le plus ordinairement, sont celles qui s'accompagnent de la perte de substance minima. » (Fontan, Congrès de chirurgie.)

Le siège de la lésion et la localisation dans tel ou tel organe est aussi un facteur important.

M. Démosthène, de Bucharest, fait d'autre part remarquer combien la récidive est habituelle dans la gangliophymie, elle y est même précoce. Les résultats seraient meilleurs pour les opérations qui portent sur les articulations. Ils seraient meilleurs encore lorsque l'intervention s'adresse à une lésion osseuse. Quant aux abcès tuberculeux, leur propension à se multiplier lui a paru toujours redoutable.

Voilà quelles sont les conditions de succès qui dépendent de la nature de la lésion, suivant cet auteur ; en ce qui concerne la nature de l'opération, il pense que l'amputation fournit des résultats plus durables que la résection, mais que dans le cas de lésions osseuses prises au début, les

opérations conservatrices peuvent donner de bons résultats.

M. Bœckel, au contraire, comparant les résultats des résections et des amputations, arrive à une conclusion opposée à celle de l'auteur précédent.

Les chiffres d'Iscovesco, qui concernent l'intervention dans le mal de Pott chez des enfants, donnent un chiffre déplorable de mortalité. Sur douze cas, il y eut onze morts, dans l'espace de deux à sept mois après l'intervention, et une seule guérison relative!

Il y a donc importance capitale à noter dans notre statistique, en regard du nombre total des interventions : la nature de chacune de celles-ci et le pronostic immédiat et éloigné, différant sensiblement, suivant que l'opération a été minime ou grave, complète ou incomplète, la nécessité s'impose encore de noter ces particularités ; enfin le siège de la lésion.

Nos opérés ont été au nombre de 248.

Et nos opérations se décomposent ainsi :

Opérations graves, 110.

Opérations minimes, 138.

La statistique des variétés complète et incomplète n'a pas été faite ; mais la nature en est indiquée dans chaque observation.

Le chiffre de 248 interventions s'applique au total des opérations faites pendant notre séjour dans les services, mais non au total d'observations recueillies ; car sur 262 observations nous ne chiffrons que 174 interventions et 22 applications d'appareils de redressement sous le chloroforme.

C'est sur ces bases qu'a été édifié notre travail ; il contient par suite des indications assez précises que, vu le grand nombre de cas observés (et nous voulons dire, par ce mot, dont l'observation a été prise), on ne saurait imputer à une série heureuse ou malheureuse.

On conçoit que quelques erreurs soient possibles dans cette longue nomenclature ; s'il en existe, cependant, elles doivent être peu notables ; elles peuvent à la vérité provenir des entrées successives à l'hôpital, d'un même malade, mais le fait se produisant également pour d'autres affections, l'évaluation n'en est pas sensiblement altérée ; nous avons d'ailleurs, pensons-nous, écarté cette cause d'erreur. Nous avons ajouté à ces chiffres quelques observations recueillies depuis, mais elles n'entrent pas en ligne de compte dans notre évaluation générale. Il en est de même des observations que nos maîtres ou nos amis ont bien voulu nous remettre et qui n'ont point été recueillies directement par nous. Il est regrettable qu'en regard du chiffre d'observations des malades, nous n'ayons pu placer un chiffre égal de malades revus après de longues années. Nous avons dit à plusieurs reprises quelles difficultés nous avions rencontrées dans cette revision.

CHAPITRE V

Statistique générale des résultats immédiats

Parmi le grand nombre d'observations que nous avons recueillies, et qui dépasse le chiffre de 250, nous avons pu relever un total de 150 opérations sur les suites immédiates desquelles nos notes détaillées et complètes nous permettent d'établir quelques chiffres qui comportent leur enseignement. Mais pour répondre au desideratum de notre maître, qui voudrait qu'on lui indique « quelles lésions portait le malade, leur étendue, leur multiplicité, l'âge du malade, ses antécédents, sa condition sociale, le genre d'opération, etc... » nous ne saurions nous contenter d'une simple énumération qui perdrait toute valeur. Pour éviter des redites, nous ne ferons qu'indiquer ici l'opération et les résultats, la totalité de ces opérations et de l'histoire de ces malades étant publiées avec les détails principaux, au cours de ce travail. Cependant il faut bien s'entendre sur la valeur des termes par lesquels nous qualifions le résultat opératoire. Il peut, à notre avis, être bon et très bon ; et dans cette catégorie nous plaçons tous les cas où le résultat opératoire est à peu après irréprochable; il peut être assez bon, et sous le qualificatif amélioré, nous rangeons les malades chez lesquels il y a eu amélioration de l'état local ou général, des deux à la fois, ou de l'état local seulement, *sans amélioration* de l'état général, mais toutefois sans aggravationde celui-ci. A la vérité, un certain nombre d'entre eux, beaucoup même, sont sortis sans qu'on pût inscrire *guérison absolue*. Nous avons cependant été d'une sévérité extrême dans la classification des résultats ; et la moindre absence d'une cicatrisation absolue,

STATISTIQUE GÉNÉRA

Résultats imr

	Testicules tuberculeux	Fistules anales et abcès	Empyèmes Estlander	Tuberculose ganglionnaire	Abcès froids tuberculose cutanée et superficielle	Mal de Pott et sous-occipital	Tuberculose costale	Ostéites des membres	
Service de M. Humbert..	13	»	»	25	1	»	»	»	
Service de M. Le Fort...	4	7	2	5	2	1	4	2	
Service de M. Polaillon...	7	9	4	21	9	9	7	6	
Service de M. Verneuil...	6	13	1	12	2	6	4	5	
TOTAL.....	30	29	7	63	14	16	15	13	
Expectation.....	4	3	»	4	2	6	6	2	
Traitement pharmaceutique.....	10	»	»	7	»	1	»	1	
Topiques.....	4	2	»	»	1	2	»	1	
Castration	5	»	»	»	»	»	»	2 trépan	
Thermocautère.....	5	14	»	4	»	1	»	»	
Incision.....	»	8	»	8	5	»	»	2	
Grattage.....	»	1	»	12	2	3	4	3	
Injections iodoformées....	2 chlor. de zinc	1	»	8	3	3	1	»	
Amputation.....	»	»	»	»	»	»	»	1	
Résection ou extirpation...	»	»	7	20	1	»	4	1	
Redressement ou appareils	»	»	»	»	»	»	»	»	
Scrofule antérieure.....	4	4	3	17	2	4	1	1	
Pas de scrofule antérieure.	2	»	»	5	»	»	»	»	
Tuberculose pulmonaire notée.....	3	13	4	7	5	8	4	2	
Pas de tuberculose pulmonaire....	9	10	»	17	3	4	3	3	
Absence de renseignements sur la tuberculose pulmonaire.	18	6	3	39	6	4	8	8	
Guérison.....	5	10	»	34	6	2	3	2	
Amélioration.....	15	12	3	18	5	6	6	5	
Statu quo.....	9	4	4	7	3	6	5	6	
Aggravation locale.....	»	»	»	2	»	1	1	»	
Aggravation générale.....	»	2	2	4	2	1	3	»	
Mort de tuberculose pulmonaire.....	»	»	»	1	1	1	»	»	
Généralisation. Mort { Méningite.... / Granulie.... }	»	1	»	»	1	»	»	»	
Resté en traitement.....	1	»	»	1	»	1	»	»	
Malades perdus de vue...	18	18	3	50	9	8	11	6	
Malades revus.....	11	10	4	14	6	8	4	9	
Guérison locale.....	5	4	.	6	2	»	»	»	
Amélioration locale.....	4	1	1	»	»	»	2	2	
Statu quo local.....	1	»	2	1	»	1	»	2	
Aggravation locale.....	»	»	1	»	1	»	»	»	
Récidive locale.....	1	5	»	5	2	2	2	4	
Récidive à distance.....	2	2	»	1	1	»	1	1	
Tuberculose pulmonaire..	»	»	»	»	»	»	»	»	
Mort.....	»	»	»	1	»	5	»	»	

NOS OBSERVATIONS

oignés

Scapulalgie	Tumeurs blanches du coude	Tumeurs blanches du poignet	Coxalgie	Tumeurs blanches du genou	Tumeurs blanches des os du pied	Ulcération des amygdales	Ulcération de la langue	Rétrécissement de l'urèthre	Végétations rectales	Phlegmon de jambe	Abcès du sein
»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»
»	»	»	2	1	2	»	»	»	»	»	1
2	4	3	12	5	6	»	»	»	»	»	»
2	1	1	2	8	1	1	1	»	1	»	»
4	5	4	16	14	9	1	1	1	1	1	1
»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»
»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»
»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	1
»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	1	»
4	4	2	2	2	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	11	8	3	»	»	»	»	»	»
»	1	1	»	1	1	»	1	»	»	»	»
»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»
2	»	1	1	5	3	»	»	1	1	1	1
1	1	1	5	1	2	1	1	»	»	»	»
1	4	2	10	8	4	»	»	»	»	»	»
»	3	2	6	2	5	»	1	»	»	»	»
local et 1 gén.	1	»	4	4	3	1	»	»	»	1	»
1 local	1	1	4	3	»	»	»	»	»	»	»
»	»	1	2	1	»	»	»	»	»	»	»
1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»
1	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	1
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3	1	3	10	10	3	»	»	»	»	»	»
1	4	1	6	4	6	1	1	»	»	»	»
»	4	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»
»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
1	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	3	1	1	»	»	»	»	»	»
»	»	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»

la présence d'une fistulette, par exemple, a suffi pour nous faire rejeter au nombre des améliorés quelques malades que, vu leur état antérieur, quelques auteurs eussent été tentés de placer au nombre des guérisons.

Après ces deux catégories relativement favorables, nous avons dû établir le « martyrologe » : 1° les échecs opératoires; 2° les suites funestes, au premier rang desquelles figure la mort par poussée aiguë; 3° l'aggravation sensible de l'état général. Si le résultat a été nul, il est taxé d'échec opératoire ; enfin, faute de quelques documents précis, ou par suite de l'insubordination de quelques malades, nous avons dû mentionner quelques résultats douteux.

(Voir ci-dessus le résumé de la nature des opérations et les résultats qu'elles ont donnés : à l'exception d'une amputation de jambe pour phlegmon chez un tuberculeux avéré, d'une uréthrotomie chez un phymateux avancé, et d'un abcès du sein, ces opérations ont eu pour objet des tuberculoses localisées chez des tuberculeux ou des sujets supposés indemnes de tuberculose pulmonaire.)

Résections articulaires

Epaule 5. — 2 morts rapides. — 2 améliorations — 1 résultat nul ou mauvais.

Coude 4. — 4 bons résultats.

Poignet 2. — 1 bon résultat. — 1 amélioration.

Hanche 2. — 1 mort tardive. — 1 amélioration.

Genou 2. — 1 bon résultat avec augmentation sensible de l'embonpoint. — 1 mauvais résultat qui a nécessité plus tard l'amputation de cuisse.

Injections intra-articulaires d'éther iodoformé, 1. — 1 mort 1 mois après.

Curage d'articulat. fongueuses 2 ; 1 bon résultat. — 1 amélioration.

Pointes de feu profondes 1 : 1 excellent résultat.

Redressement de pseudo-ankyloses 3 : 2 bons résultats. — 1 amélioration.

Amputations pour tumeurs blanches

Amput. de cuisse 1. — 1 bon résultat avec amélioration sensible de l'état général.

Amput. de jambe 4. — 3 bons résultats avec amélioration de l'état général. — 1 amélioration.

Amput. multiples et successives de jambe, poignet (1), etc., 1.

1 amélioration.

Amputation de cuisse pour phlegmon 1.

1 bon résultat immédiat.

Tuberculose costale. — Grattage ou résection. — Résect. de clavicule (1), d'omoplate (1). — 8.

4 bons résultats.

4 améliorations.

Incision d'abcès froids et ostéopathiques 11 :

4 bons résultats.

3 améliorations,

1 douteux.

1 échec opératoire.

1 mort rapide.

1 aggravation de l'état général.

Injections iodoformées dans des abcès d'origine osseuse probable 6 : dont 1 bon résultat.

4 améliorations (dans 1 cas l'état général fut sensiblement amélioré).

1 échec.

(1) Voir l'observation rapportée *in extenso* dans la quatrième partie de ce travail.

Fongosités synoviales, curage 5 :

4 bons résultats.

1 échec.

Grattage de tuberculose osseuse 16 :

8 guérisons à la sortie.

7 améliorations avec persistance de fistules.

1 douteux (sorti avant guérison).

Résections larges de la paroi costale après empyème: 4

4 améliorations avec persistance de trajets fistuleux.

Uréthrotomie interne : 1. — 1 mort rapide.

Castration (testicules non suppurés à l'extérieur) : 2.

2 bons résultats.

Testicules tuberculeux suppurés. Cautérisation au thermo : 4 — 3 améliorations.

1 très bon résultat.

Fistules anopérinéales : 16 — 10 améliorations.

5 très bons résultats.

1 mort rapide.

(Chez l'un des 10 premiers malades, l'état général a été très heureusement influencé.)

Ganglions tuberculeux, grattage à la curette : 12.

10 guérisons.

2 améliorations.

Extirpation de ganglions, avec périadénite, pas de suture : 13.

10 guérisons.

1 mort de septicémie.

1 amélioration.

1 intervention incomplète.

Ablation de ganglions non suppurés : 12.

10 résultats excellents.

2 améliorations.

Incision d'abcès ganglionnaires : 4.

3 bons résultats,

1 amélioration.

Injections iodoformées pour ganglions suppurés : 6.

4 bons résultats.
1 échec.
1 amélioration.

Injections iodoformées pour tuberculose mammaire : 1.

1 échec.

Ainsi donc, en nous en tenant à la statistique des observations inédites et en ne comptant que les opérations que nous avons vu pratiquer et dont nous avons pu contrôler les résultats, nous arrivons aux chiffres suivants qu'on ne peut taxer de partialité, puisque les cas les plus divers, favorables et défavorables, ont été indifféremment recueillis à une époque où notre conviction n'était nullement faite.

150 opérations et interventions, minimes et graves, ont donné :

81 bons résultats ;
49 améliorations ;
9 morts dont 1 mort tardive et 1 mort par septicémie ;
5 échecs opératoires ;
3 résultats douteux ;
3 aggravations de l'état local ou général.

Soit, en simplifiant encore ces chiffres : 145 opérations ont donné :

130 résultats satisfaisants ;
5 résultats nuls ;
3 résultats mauvais ;
7 morts que l'on pourrait imputer à l'opération, du fait de l'état constitutionnel du malade.

Or ces chiffres, pris dans la brutalité de la statistique qu'ils composent, sont certainement intéressants ; ils prouvent d'une manière parfaite que la conclusion en ce qui concerne les résultats immédiats ne saurait être douteuse et que, comme les membres du Congrès, nous devons conclure à l'efficacité de ces opérations.

Ils prouvent plus encore, et nous enseignent que le taux de l'amélioration varie avec la nature ou le siège du mal et avec l'opération qui lui est appliquée.

Nous y retrouvons ce fait, déjà signalé plus haut, que les interventions dans la tuberculose articulaire peuvent surtout provoquer l'allure rapide de la cachexie ou l'explosion de la méningite ou de la granulie ; les amputations nous donnent de meilleurs résultats immédiats, fait déjà constaté par plusieurs auteurs ; enfin la plupart des interventions pour tuberculose ganglionnaire sont suivies des meilleurs effets. En regard de ces chiffres satisfaisants, il est curieux de placer ceux qui ont rapport à des interventions minimes en apparence, la tuberculose ano-périnéale par exemple, voire même le testicule tuberculeux ; les incisions pour abcès froids, les grattages d'ostéite costale, qui donnent des résultats immédiats de beaucoup moins satisfaisants.

Nous ne voulons pas sortir de notre sujet et pousser plus loin l'analyse des faits qui se dégagent de cette nomenclature ; mais nous ne saurions passer outre sans appeler l'attention sur les résultats presque déplorables de la résection des côtes pour empyème, que nous n'hésitons pas à regarder comme une opération purement palliative, et sur la valeur bien différente des résections suivant l'articulation considérée ; il suffit de comparer pour cela les chiffres que nous donnons à propos des résultats piteux de la résection scapulo-humérale et ceux qui figurent en regard de l'articulation du coude.

Enfin, nos malades n'ont point été à l'abri des complications qui chargent le plus notre statistique, puisque nous trouvons 9 décès, dont 7 directement imputables à l'opération, non point en tant qu'ayant créé un foyer septique, fait dont nous n'avons nullement à tenir compte dans cette étude, mais comme ayant provoqué une poussée du côté de l'état général et abouti à la méningite ou à la granulie aiguë ; nous pourrions même y ajouter un huitième cas, où l'aggra-

vation brusque postopératoire de l'état général a été telle qu'on peut la porter au nombre des complications immédiates mortelles.

Que dans ces huit cas il y en ait qui ne soient pas imputables au traumatisme, qu'il y ait coïncidence, la chose est possible, d'autant que nous avons pu recueillir d'autre part dans nos notes, 3 observations où pareille complication est notée sans l'intervention d'aucun traumatisme opératoire pour l'expliquer.

Mais il n'y a qu'à comparer le chiffre relativement faible de ces morts rapides sans traumatisme intercurrent, sans l'intervention du traitement chirurgical, au chiffre, du triple plus élevé, dont sont grevées les suites opératoires immédiates de nos malades, pour prouver qu'il y a là plus qu'une coïncidence.

Ainsi donc il est constant que, malgré les succès parfois brillants de la médecine opératoire dans le traitement des tuberculoses localisées, succès d'autant plus assuré que la lésion est plus jeune et plus localisée ou isolée, il reste encore quelques complications impossibles à prévoir et contre lesquelles le chirurgien doit toujours se tenir en garde. Les prévenir, abaisser le taux de la mortalité immédiate, le réduire à zéro, tel est le problème que s'était posé notre maître, et qu'il a cherché à résoudre en instituant, en cherchant à « démocratiser » le traitement préopératoire, dont il a obtenu de tels résultats qu'il regarde comme exceptionnelle aujourd'hui l'explosion postopératoire des accidents de méningite ou de granulie, et que les observations recueillies dans son service n'entrent pour aucune part dans le contingent de la mortalité de notre statistique lorsque ce traitement a été suivi assez longtemps.

TROISIÈME PARTIE

Des causes qui expliquent l'influence variable de l'opération sur l'état général du malade. — Des causes qui font varier les résultats opératoires. — Résultats opératoires observés dans chaque catégorie d'intervention.

CHAPITRE PREMIER

A. — Des causes qui expliquent l'influence variable de l'opération sur l'état général du malade

1° Nature de la lésion. — Suppression des foyers de suppuration

Ainsi que le prouvent un certain nombre de nos observations, l'importance du traumatisme opératoire ne paraît pas jouer un rôle actif dans la production des accidents les plus graves consécutifs à l'intervention.

Tel traumatisme, minime en apparence, pourra provoquer la poussée aiguë qui aboutit à la mort, alors que tel autre, grave, n'entraînera aucune conséquence sérieuse, ou pourra même provoquer une amélioration ; nous en chercherons plus loin les causes.

Pour le moment nous constaterons seulement ce fait de l'influence fâcheuse d'un traumatisme ordinairement bénin. Déjà notre maître, M. Verneuil, avait rapporté, dans les *Annales de la tuberculose*, quelques exemples où le simple redressement d'une attitude vicieuse a pu provoquer l'explosion des accidents mortels, et on ne peut s'empêcher de rapprocher ces faits de ce qui se passe chez quelques diathésiques, les diabétiques par exemple.

C'est encore à ces traumatismes minimes que se rapportent cinq de nos observations qui ont trait : l'une à une opération de fistule anale, l'autre à une uréthrotomie interne, la troisième à un abcès du sein, deux à des redressements articulaires, toutes cinq suivies de mort. Sont-ce là des coïncidences ? Peut-être, mais on avouera qu'elles sont bien remar-

quables, et que ces faits cadrent singulièrement avec ceux qu'ont rapportés la plupart des auteurs qui ont étudié l'intervention dans les tuberculoses locales.

N'y a-t-il pas là quelque rapport avec les croyances vulgaires du public, qui veulent qu'on respecte certains flux, hémorrhoïdes par exemple, ou certaines fistules, sous peine des complications les plus graves ?

Cependant on est étonné de comparer ces désastres opératoires à l'amélioration locale et générale qui suit parfois les plus graves traumatismes.

Il est remarquable en effet, et la chose est fréquente, d'observer à la suite d'une intervention sérieuse un amendement notable des phénomènes les plus menaçants, outre l'amélioration locale qui provient du fait de l'intervention elle-même. Sous le n° 16, M. le professeur Verneuil publie, dans le premier fascicule des *Annales de la tuberculose*, une observation très probante à cet égard et que nous rapportons *in extenso*.

Obs. XVI (Verneuil). — Généralisation tuberculeuse. *Études sur la tuberculose*, t. I, p. 288. *Ostéo-arthrite du pied. Arthrite du coude et tuberculose pulmonaire. Amputation de la jambe. Amélioration des lésions pulmonaires et aggravation de celles du coude.*

H., 30 ans, employé de chemin de fer, bonne constitution apparente et santé antérieure satisfaisante, contracte, à la suite d'une entorse, une ostéo arthrite du pied avec fongosités synoviales et tendineuses. En dépit d un traitement local et général convenable et poursuivi avec persévérance, les lésions articulaires s'aggravent progressivement, et une suppuration diffuse envahit le pied tout entier. La santé générale s'altère et des symptômes alarmants se montrent du côté de la poitrine. La conservation du membre paraissant impossible, et dans l'espoir qu'une opération radicale arrêtera les progrès de la tuberculose pulmonaire commençante, je pratique, le 5 décembre 1883, l'amputation de la jambe à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. J'emploie la méthode à deux lambeaux et le pansement ouaté.

Pour n'y plus revenir, je dirai de suite que de ce côté tout se passa de la manière la plus bénigne, sans douleurs et sans fièvre aussi, bien que la plaie ait suppuré assez abondamment; au bout d'un mois environ, la cicatrisation du moignon était complète.

Du côté du poumon et de la santé générale, les choses ne marchaient pas moins bien. La toux, l'oppression cessèrent, la petite fièvre du soir, l'inappétence, les douleurs disparurent, et quinze jours après l'opération, le malade semblait métamorphosé. Sur un seul point, le tableau présentait une ombre. Quelques semaines avant l'aggravation locale et générale qui avait conduit à l'amputation, X... avait accusé une douleur du coude gauche, et nous constatâmes un peu de gonflement et de gêne dans les mouvements; on prescrivit quelques badigeonnages iodés et l'immobilisation de ce bras à l'aide d'une écharpe. Ce moyen ne produisit pas grand effet, et l'arthropathie augmenta même quelque peu, sans qu'on y fît grande attention, le danger étant ailleurs.

Au jour de l'amputation de la jambe, le coude était légèrement tuméfié, la pression réciproque des os était un peu douloureuse, les mouvements limités. Il y avait évidemment une ostéo-arthrite en voie de développement, mais tout à fait au début et sans lésions profondes encore. Pour en prévenir les progrès, on appliqua séance tenante sur le coude placé à angle droit et sans avoir besoin d'exercer sur les parties ni redressement, ni traction, ni violence quelconque, un appareil silicaté ouaté, recouvrant les deux tiers du bras et de l'avant-bras, et j'annonçai qu'en enlevant cet appareil, au bout de sept à huit semaines, on trouverait probablement l'arthrite guérie ou bien près de l'être. Or, il en fut tout autrement.

Comme je l'ai dit plus haut, les premières semaines se passèrent sans encombre; mais alors X..., qui n'avait pas quitté son lit et ne s'était point servi du bras gauche, accusa cependant au coude malade quelques douleurs, survenant pendant la nuit et dans les mouvements du membre. Ces symptômes augmentant et la main présentant un léger œdème, je fendis l'appareil et fus fort surpris de trouver l'articulation en mauvais état. Il y avait tuméfaction considérable, chaleur et douleur dans les mouvements. On remplaça l'appareil après avoir fait des applications d'onguent napolitain belladoné. Mais en renouvelant le bandage, le 1er février, on constata l'existence d'un abcès volu-

mineux communiquant avec l'articulation, dont les os et les ligaments semblaient fort altérés. Je crus d'abord que l'amputation serait nécessaire, mais auparavant je voulus faire quelques essais de conservation.

L'abcès fut ouvert, drainé et injecté. On appliqua une attelle palmaire pour immobiliser la jointure, mais on laissa l'ouverture articulaire découverte pour la panser avec l'iodoforme. Peu à peu les symptômes s'amendèrent, la suppuration diminua ainsi que la tuméfaction et, au bout d'un mois de soins assidus, la conservation du membre fut assurée. Néanmoins la cicatrisation de la fistule et la guérison, avec raideur prononcée et amaigrissement considérable du membre, exigèrent encore plus d'un mois.

Il est bon de dire que le pus de l'abcès du coude était mal lié et grumeleux, comme celui d'un abcès du pied. La nature tuberculeuse de ces abcès n'était pas douteuse.

Comment expliquer ces résultats opposés? Nous avons, de notre côté, observé un nombre de cas considérable dans lesquels l'intervention fut suivie d'un retour apparent à la santé avec diminution des lésions pulmonaires, amené surtout par l'embonpoint du malade.

Presque constamment, ces cas correspondaient à la suppression d'un foyer de tuberculose en voie de suppuration.

Le tuberculeux atteint de suppuration, en effet, est en proie à deux causes d'émaciation et de débilitation : 1° ses lésions générales, 2° le foyer local de suppuration. Et si d'autre part il n'est pas douteux que le traumatisme chez un tuberculeux ait une fâcheuse influence sur l'état général, ce que prouvent surabondamment les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour (nous parlons des cas où il y a lésion pulmonaire nette antérieure à l'opération), il faut admettre d'autre part que la présence d'une lésion en voie de suppuration, contribue pour sa part à affaiblir l'organisme et à le débiliter : la question qui se pose est alors la suivante : la

somme des mauvais effets de l'opération dépasse-t-elle la somme de l'influence nocive de la lésion existante.

Pour résoudre cette question, il faut se reporter aux cas, qui ne sont pas rares, où la lésion supprimée par l'opération n'avait rien de commun avec la tuberculose, mais intervenait activement dans la dénutrition générale du sujet.

L'observation suivante, recueillie à l'hôpital du Midi, fait ressortir clairement ces considérations.

Observation 75 (inédite). — *Phlegmon grave de jambe chez un tuberculeux avéré. — Incisions multiples, hémorrhagies. — Pronostic fatal. — Amputation de la cuisse. — Echec de la réunion immédiate. — Demi-succès opératoire. — Amélioration totale de l'état général. — Mort tardive, l'amélioration ayant été passagère.*

V. P..., maçon (54 ans), entre le 29 août 1886 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. le Dr Humbert, salle 4, n° 12. Il donne les renseignements suivants sur sa famille et ses antécédents : son père est mort à 63 ans, en 1871 ; sa mère, encore bien portante, a 74 ans ; *sa femme est morte phtisique il y a deux ans.*

Il a un seul enfant, âgé actuellement de 12 ans, cachectique, atteint de mal de Pott depuis l'âge d'un an et demi : « On a toujours toussé un peu dans la famille, » dit-il. Pour lui, à 20 et 25 ans, il a eu des épistaxis et depuis très longtemps a des crachats striés de sang.

Au mois de février, il a eu une bronchite sérieuse qui dura trois mois, traitée par les révulsifs.

Cinq ans auparavant, il est tombé de la hauteur de deux étages sur des moellons, se faisant une entorse à la malléole externe gauche. Il resta trois mois sans travailler et garda une demi-ankylose de son articulation tibio-tarsienne.

Au commencement d'août, nouveau traumatisme à la malléole externe. Il continue à travailler, mais sa jambe commence à gonfler : lymphangite. Un médecin lui fait deux incisions sur la face antérieure de la jambe, pour évacuer le pus formé. C'est alors que deux jours après il entre dans le service. On constate de l'œdème, de la lymphangite aiguë, enfin

de l'adénite inguinale et crurale. L'examen sthétoscopique donne en outre : matité des deux poumons ; souffle ; caverne à droite. Crachats abondants et caractéristiques.

Comme il se forme des fusées purulentes, M. Bazy agrandit les deux incisions de la crête du tibia faites avant l'entrée du malade, et pratique un drainage.

Pendant tout le mois suivant il se forme de nouveaux abcès, qui exigent des incisions multiples dans tous les sens, et des drainages. La suppuration est abondante, de tous côtés il se produit de vastes décollements. Le pus fuse par toutes les incisions, mais surtout par celle de la malléole externe malgré la rigoureuse compression exercée au moyen de tampons d'ouate.

Le mercredi 21 octobre, sous le chloroforme, on perçoit des craquements et des frottements de l'articulation tibio-tarsienne. On pratique alors sur le tibia, à la face interne de la jambe et à la malléole externe, de larges incisions au cautère. Pansement à l'eau phéniquée étendue d'alcool camphré. Les plaies ont bel aspect, mais le pus ne tarit pas ; de quelque côté qu'on presse, on le fait sourdre abondamment.

L'amputation est alors proposée le 23 octobre.

Depuis l'entrée de ce malade jusqu'à ce moment, la température maxima a été 38°4 ; la température minima 36°8.

De plus, une hémorrhagie capillaire s'est renouvelée quatre fois dans les jours qui ont précédé l'opération.

L'amputation est pratiquée le 29 octobre, à cinq travers de doigt au-dessus des condyles ; à ce moment le malade est dans un état très grave, presque désespéré. On porte un pronostic défavorable.

Le pansement est renouvelé quatre jours après, tous les trois jours ensuite ; deux drains ont été placés aux angles de la suture. La réunion n'a pas eu lieu, par suite d'une suppuration abondante.

Au 3e pansement il s'élimine du tissu cellulaire sphacélé, à partir de ce moment la plaie prend bon aspect ; la suppuration diminue, mais le fémur se porte à l'angle externe du moignon et devient sous-cutané.

L'autopsie de la jambe a montré que les muscles de la région antéro-externe ainsi que l'articulation tibio-tarsienne et les gaines malléolaires étaient purulents. L'artère

tibiale antérieure même était ulcérée par le pus. Rien dans les veines postérieures.

L'état général du malade est stationnaire, l'appétit est satisfaisant.

A la suite de l'intervention, l'état général du malade s'améliore sensiblement et, malgré la persistance de trajets fistuleux au niveau du moignon qui retiennent le malade à l'hôpital après notre départ (1er février 1887), il engraisse et reprend de l'embonpoint.

Nous le revoyons vers mars 1887, il est méconnaissable, il mange bien, l'embonpoint est considérable. Néanmoins les lésions pulmonaires persistent.

Nous perdons le malade de vue, et nous avons su depuis que l'amélioration ne s'était pas maintenue et qu'il avait fini par succomber le 15 mai 1887.

Chez ce malade, en particulier, l'influence immédiate de l'opération a été bonne, à n'en pas douter. De nombreuses observations que nous avons recueillies pendant notre internat trouveraient leur place à la suite de la précédente, elles sont déjà mentionnées place dans ce travail. (Voir p. 112 et suiv.)

Chaque fois donc que l'opération supprimera un foyer de suppuration important, il sera permis d'espérer une amélioration de l'état général, puisque l'on supprimera du même coup les frais que fait le sujet pour fournir à la suppuration et la résorption septique qui s'effectue à ce niveau, quelle que soit d'ailleurs l'importance du traumatisme nécessaire à l'exérèse du foyer. Il en sera de même encore dans les lésions par rétention, et nous avons vu que cette considération a poussé M. Bazy à pratiquer l'uréthrotomie interne sur un sujet tuberculeux à lésions pulmonaires avancées, et dont nous rapportons plus haut l'observation résumée.

Cette amélioration est-elle définitive, peut-elle retarder la mort ou l'empêcher ? La réponse à cette question est assez difficile : oui, sans doute, on peut obtenir une trêve assez longue et retarder la marche fatale des accidents. Notre excellent maître, le professeur Le Fort, cite, dans une clini-

que (20 décembre 1888), un cas d'amputations successives du poignet droit et de la cuisse chez un tuberculeux dont les lésions pulmonaires étaient avancées. A la suite de l'intervention, la toux a diminué ainsi que la proportion des bacilles dans les crachats. Le malade est toujours à Bicêtre.

C'est là certes un cas favorable, qui joint à un certain nombre d'autres engagerait fortement les chirurgiens à intervenir; mais il n'y faut pas trop compter, et il est plus fréquent, après une amélioration passagère, de voir la tuberculose pulmonaire reprendre ses droits et évoluer suivant son mode habituel, comme dans l'observation précédente (Obs. 75).

Mais, ainsi que nous l'avons dit ailleurs déjà, c'est surtout lorsqu'il y a phénomènes de rétention ou de suppuration que le chirurgien peut surtout attendre de son intervention un heureux résultat sur l'état général. Dans ces cas il faut opérer parfois en dépit d'un état général mauvais, puisque l'opération aura presque toujours au moins pour résultat de faire disparaître une cause d'affaiblissement et d'épuisement. Il est vrai que l'opération se présente souvent sous un mauvais aspect, et une de nos observations rapporte une catastrophe survenue pour intervention de ce genre chez un tuberculeux avancé (uréthrotomie interne); c'est cependant un cas fréquent dans la tuberculose génitorectale. Le 21 juin 1889, M. Verneuil choisit ce sujet de clinique à propos d'un malade de sa salle âgé de 36 ans, tuberculeux pulmonaire avéré. Atteint de syphilis à l'âge de 22 ans, c'était un véritable hybride, car malgré une constitution moyenne il était atteint de tuberculose depuis une époque assez avancée; bientôt survinrent des douleurs du côté du rectum et enfin des fistules périnéales; l'état des poumons s'aggravait en même temps. Actuellement, mauvais état général: le malade ne mange pas; il tousse beaucoup; a des douleurs hypogastriques et une fièvre presque constante de 39°; il présente une orchite tuberculeuse; la miction est normale; à l'orifice anal on voit des fongosités rougeâtres assez

molles; toute la région sus-anale est malade,avec ulcérations, saillies simulant un épithélioma, quoique plus molles. On pouvait éliminer le cancer du rectum, d'ailleurs rare chez les tuberculeux ; ce n'était point non plus un syphilome et il ne restait que l'hypothèse d'une tuberculose partie peut-être de la prostate ou du tissu cellulaire périsprostatique. Mais le phénomène prédominant était la rétention purulente qui intervenait pour une part dans l'élévation de température : M. Verneuil pensa donc qu'il y avait lieu d'opérer le malade, de placer une sonde à demeure et de fendre largement le périnée pour parer précisément à ces accidents de rétention ; c'est donc une intervention, mais on le voit un minimum d'intervention ; en effet, M. Verneuil a fait la taille pour une « cystalgie », et la tuberculose rénale dont le malade était porteur l'a enlevé; une autre fois il a pratiqué la taille hypogastrique mauvais résultat. — Enfin, dans un autre cas où il a pratiqué le grattage et le curage de la prostate pour une tuberculose qui obstruait aussi le rectum, non seulement le résultat immédiat a été bon, mais le malade a été revu en bon état ultérieurement.

C'est donc à la voie périnéale qu'il faut s'adresser, concluait notre maître, car ce n'est pas une opération de fendre le périnée : c'est plutôt la chirurgie des symptômes de la rétention purulente ; » nous ferons remarquer en passant que c'est encore un exemple d'opération sciemment incomplète, par conséquent simplement palliative. (Voir cependant sur ce sujet la communication de M. le professeur Guyon au Congrès de 1889, et la note de L. Frey *Wien. med., pr.* 1889 sur le traitement de la cystite par l'iodoforme en injections.)

C'est à propos des opérations pour tuberculose testiculaire surtout que l'on a bien observé cette inefficacité de l'intervention, et notre bon ami Chaput, à qui je faisais dernièrement part de mes recherches, mettait fort en doute qu'il me fût

possible de retrouver beaucoup des anciens opérés qui, à son avis, avaient dû succomber.

Nous avons dit (1) que c'était une des principales difficultés qui s'opposaient à la revision complète des malades anciennement opérés; les renseignements de la famille en cas de mort du sujet devenant singulièrement obscurs et difficiles à obtenir.

C'est pourquoi il eût été intéressant de comparer, à quatre ans d'intervalle, les résultats obtenus dans un certain nombre de cas similaires par l'expectation ou le traitement général, par l'intervention minimum, enfin par l'intervention radicale. Nous avons vu que ce desideratum est à peu près impossible à satisfaire complètement, malgré les patientes recherches que nous avons entreprises.

(1) Voir Quatrième partie.

CHAPITRE II

2° Tuberculose pulmonaire antérieure

Mais la coexistence ou l'absence de phénomènes pulmonaires devant entrer pour une certaine part dans la balance du pronostic, il n'est pas indifférent de rechercher si la tuberculose viscérale pulmonaire coïncide souvent avec l'apparition de tuberculose locale. Toutes nos observations ne sauraient nous instruire à cet égard; un certain nombre d'entre elles, ayant été recueillies à une époque où nous ne prévoyions pas leur destination, ne font aucune mention de l'existence de phénomènes pulmonaires. C'est seulement une présomption de croire qu'ils n'existaient pas, mais nous ne pourrions être affirmatifs à cet égard. Aussi préférons-nous diviser catégoriquement nos 258 cas de la façon suivante :

Nombre de cas où la tuberculose pulmonaire existait certainement.....	63
Nombre de cas où nous avons noté l'absence de tuberculose pulmonaire.....	72
Nombre de cas où il y a eu omission d'en faire mention...	123
	258

Il est certainement regrettable que ce dernier chiffre soit aussi considérable, mais cette proportion nous permet cependant d'établir qu'il y a un rapport sensible d'égalité entre les malades atteints de tuberculoses locales qui présentent et qui ne présentent pas de signes stéthoscopiques de tuberculose.

Bien que ces chiffres soient certainement incomplets, ils

prennent un intérêt particulier lorsqu'on les envisage dans la série des affections. C'est ainsi, par exemple, que la coexistence des signes pulmonaires et de la tuberculose testiculaire n'est pas absolument fréquente, au moins en ce qui concerne les malades observés au début, et c'est un fait d'observation de voir la tuberculose épididymaire évoluer longtemps sans retentissement aucun sur les viscères ; nous savons que les malades n'en sont pas moins des tuberculeux, c'est-à-dire des prédisposés à une éclosion rapide de la tuberculose viscérale.

Tout autre est le tableau quand on envisage la série des fistules anales. Nous n'avons, il est vrai, compris sous cette dénomination de fistules ano-périnéales que celles qui par leur évolution lente, apyrétique et souvent indolente, se caractérisaient d'elles-mêmes comme appartenant à la diathèse tuberculeuse, sans qu'il fût besoin de faire intervenir l'examen stéthoscopique pour porter le diagnostic. Or, dans ces cas même, sur 23 malades où cette notation a été faite, nous en trouvons 13 atteints de lésions pulmonaires ; de tout temps d'ailleurs nous nous sommes intéressé à ce genre de lésions, et en suivant quelques-uns de nos malades, nous avons pu nous assurer que la fistule anale tuberculeuse était une des manifestations de la tuberculose entraînant le pronostic le plus redoutable, souvent fatal à brève échéance, affirmation qui contraste singulièrement avec l'apparente bénignité de cet « épisode » de la tuberculose périphérique.

Le rapport est inverse dans la tuberculose ganglionnaire, et à cet égard elle se rapproche de ce que nous avons observé dans la tuberculose testiculaire ; il est notoire, en effet, que les ganglions (à plus forte raison les adénopathies bénignes dites « glandes » du jeune âge) n'entraînent pas de signification pronostique *immédiate* en ce qui concerne l'état du poumon : il en est tout autrement de leur tendance à la pullulation et à la récidive, même après de longues trêves.

Nous ne nous arrêterons pas aux opérés d'empyème et d'Estlander, la proportion des tuberculeux y est extrêmement fréquente, puisque l'intervention procède ordinairement d'une tuberculose pleurale préexistante; la tuberculose cutanée, les abcès froids qui indiquent souvent un état cachectique, sont encore l'apanage des tuberculoses viscérales. Au contraire, il est fréquent de rencontrer des tuberculoses linguales, des tuberculoses muqueuses de différents sièges sans coexistence de lésions pulmonaires, circonstance que nous croyons retrouver, ainsi que nous l'étudierons plus tard (1), car les faits sont encore trop rares pour conclure, dans la tuberculose mammaire.

On pourrait s'étonner, à bon droit, de la proportion de tuberculeux, 8 sur 12, que nous avons rencontrés parmi nos malades affectés de maux de Pott, si on ne se souvenait que le mal de Pott, souvent curable, n'amène les malades à l'hôpital que lorsque quelque complication viscérale ou abcès ossifluent annonce le début d'accidents graves : nous croyons en réalité que la tuberculose pulmonaire est souvent consécutive chez cette catégorie de malades; il en est de même pour quelques ostéites, pour les synovites, malgré le diagnostic bien établi par l'inoculation : ces malades sont souvent indemnes de tuberculose viscérale dans la proportion de 6/1 chez ceux que nous avons pu observer.

Un chapitre des plus intéressants, concernant ces relations, consisterait à établir cette proportionnalité à propos des tuberculoses costales; malheureusement nos chiffres ne nous permettent guère de conclure, puisque sur 15 malades il y en a 8 inconnus; la tuberculose costale est-elle la cause ou le résultat d'une lésion pleurale? En faisant appel à nos souvenirs, nous serions porté à admettre la seconde conclusion et à regarder également cette tuberculose costale comme une affection grave, à cause des lésions qu'elle peut cacher et dont elle nous semble procéder.

(1) Voir le fascicule V des *Études sur la tuberculose.*

Nous rapprocherons de la tuberculose costale les ostéites tuberculeuses du rocher, qui nous semblent avoir avec elles une étroite parenté de pronostic grave ; mais nous noterons cependant cette différence capitale, que l'absence de lésions pulmonaires en évolution nous a paru la règle, au moins pendant la première période de cette affection. Elle emprunte à coup sûr un pronostic grave, à cause du siège même qu'elle occupe, mais elle est susceptible de guérison après les apparences les plus menaçantes.

Nous nous rappelons toujours un malade entré chez notre maître M. Polaillon, salle Broca, n° 46, J. épicier, qui présentait les signes les plus nets d'une otite tuberculeuse suppurée à gauche. Cet homme pouvait avoir de 25 à 30 ans, était pâle, maigre, chétif, et offrait assez l'habitus extérieur d'un tuberculeux. Des phénomènes d'excitation et de délire que l'on rapporta à une poussée vers les méninges exigèrent son passage en médecine ,où il fut longtemps soigné : il descendait parfois nous voir, en état de subdelirium avec paroles incohérentes et troubles de la station. Nous le perdîmes de vue dans le courant de 1887, pensant bien qu'il avait succombé. Aussi ne fûmes-nous pas peu surpris d'apprendre, il y a quelque temps qu'il était entré en mars 90, dans le service de M. Landrieux à Saint-Antoine et qu'il était dans un état des plus satisfaisants.

Nous arrivons, dans notre énumération, au chapitre si important des affections articulaires et nous ne sommes point très embarrassé, malgré le nombre relativement faible d'opérations recueillies par nous.

Presque toujours nous avons observé dans la scapulalgie la coexistence de lésions pulmonaires, souvent leur absence dans la tumeur blanche du coude ou dans la coxalgie, celle-ci paraissant particulièrement favorisée, puisque sur 6 malades 5 sont très nettement notés comme n'ayant point de complication viscérale.

Enfin nous n'étonnerons personne en disant que c'est précisément l'inverse que nous avons observé pour le genou et le pied, ces dernières, principalement, étant souvent des localisations périphériques d'une lésion viscérale qui reproduisent chez des tuberculeux l'expérience classique de M. Schuller. Aussi voyons-nous qu'au point de vue qui nous occupe le bilan des affections articulaires, le coude excepté, est déplorable, et que là peut-être on pourrait chercher la cause des échecs multiples qu'ont pu constater de nombreux chirurgiens.

Comme on le voit d'après les lignes qui précédent, très inégale est la fréquence de la coexistence des lésions pulmonaires et des tuberculoses locales, et c'est sur ces faits que se fonde M. le professeur Le Fort pour admettre que les tuberculoses dites locales des auteurs doivent être rapportées à une diathèse tout autre que la tuberculose; l'absence des bacilles fréquente dans ces lésions d'une part, la rareté relative de ces tuberculoses chez des phtisiques, l'absence de propagation au poumon malgré de multiples récidives dont nous publions un beau cas (1), l'engagent à admettre la dualité des deux affections.

(1) Voir Quatrième partie.

CHAPITRE III

B. — DES CAUSES QUI FONT VARIER LES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

1° Siège et nature de la lésion

Si nous avons étudié avec quelque soin les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose périphérique, c'est pour en tirer quelques indications au double point de vue du pronostic, puisqu'on ne peut nier la relation quelquefois inexplicable mais établie par l'observation, qui lie étroitement l'une et l'autre affection, et du traitement, s'il est vrai que l'on doive éviter aux tuberculeux un choc traumatique trop intense. Or, au point de vue des résultats, nous avons pu remarquer que ceux-ci coïncident d'une manière assez exacte avec ce que nous avons observé touchant la coexistence des lésions pulmonaires — 15 améliorations — 5 guérisons, c'est-à-dire 20 résultats favorables contre 9 états stationnaires, sont des chiffres qui sont en faveur de l'intervention immédiate dans le traitement de la *tuberculose testiculaire* et donnent à cette intervention des chances nombreuses de succès, d'autant qu'un certain nombre de nos malades sortis avant guérison ont été notés améliorés seulement, alors qu'un séjour de quelques jours les eût fait passer dans la catégorie précédente.

Des améliorations (12), des guérisons immédiates (10), quelques états stationnaires (4), semblent donner à la *fistule anale* un pronostic relativement favorable, mais qui se trouve singulièrement aggravé dans notre statistique (quelques-uns de nos maîtres ont observé chose semblable) par la présence d'aggravations notables dans l'état général qui dans quelques cas peuvent affecter l'allure de véritables cata-

strophes ; en faut-il charger l'acte opératoire ou faut-il n'y voir que la confirmation de la signification pronostique grave de la fistule anale au moment même de son apparition ? Si nous nous en rapportons aux résultats obtenus dans quelques autres interventions en apparence de minime importance, *l'extirpation de ganglions*, par exemple, qui nous a donné 34 succès, 13 améliorations, 7 résultats médiocres ou nuls, 2 *cas d'aggravation* de l'état local, 4 *cas d'aggravation* de l'état général, 1 mort de tuberculose pulmonaire, nous sommes frappé de l'apparente gravité du traumatisme, et nous y trouvons la confirmation de l'idée qu'a mise en avant M. Verneuil, de l'importance considérable et de la nocuité de quelques petits traumatismes ; nous persistons donc à regarder comme grave, comme d'un pronostic même immédiat très réservé, l'intervention dans la fistule à l'anus ainsi que les curages de ganglions ; nous verrons à la fin de cette étude qu'il n'y a pas lieu de rejeter pour cela l'intervention chirurgicale, mais qu'on doit lui adjoindre quelques mesures préparatoires qui restreignent dans une certaine étendue la gravité de ces suites. Nous ferons remarquer en passant, en ce qui a trait aux ganglions, la marche normale et bénigne de toutes nos grandes interventions du Midi, ayant pour but la cure des bubons chancrello et syphilo-strumeux, dont la nature ne peut cependant être mise en doute, puisque l'inoculation a dans un grand nombre de cas tranché ou confirmé le diagnostic. Si nous ne craignions pas de paraître téméraire, nous dirions, développant par avance une idée de notre maître sur laquelle il a appelé notre attention, qu'il est remarquable de voir avec quelle lenteur évolue la tuberculose chez des diathésiques, chez des hybrides, par conséquent; ce fait, déjà remarqué par M. Verneuil à propos d'un malade arthritico-tuberculeux dont nous publions l'observation, pourrait, lorsqu'il sera vérifié, être invoqué pour expliquer le cas particulier de nos opérés du Midi, malgré l'incontestable

gravité du traumatisme opératoire nécessité par des altérations profondes et de date assez ancienne.

Les grattages d'abcès froid et de tuberculose cutanée, de gommes, etc., rentrent en série avec les interventions sur les ganglions. Nous y retrouvons les proportions de 6 guérisons, 5 améliorations, 5 résultats nuls aggravés par 2 cas où l'état général fut influencé, une mort rapide par lésions pulmonaires, et une généralisation.

Les suites du mal de Pott sont relativement assez bonnes, d'autant que nos malades étaient pour la plupart des adultes, et les améliorations équivalent à une guérison pour une affection si sérieuse en elle-même,

La bénignité *des ostéites* presque toutes soumises à une intervention, et qui au nombre de 13 nous ont donné 2 guérisons, 5 améliorations et 6 états stationnaires, ceux-ci souvent par intervention incomplète, est un fait bien connu et déjà noté par plusieurs membres du Congrès.

On peut en rapprocher les bons effets des interventions pour *synovites*, qui, bien que sérieuses dans un certain nombre de cas, ont donné constamment de bons résultats, atténués cependant par une aggravation de l'état général.

Pour ce qui a rapport aux articulations, notre réponse ne saurait être douteuse car les cas sont bien nettement tranchés.

Notre statistique *des scapulalgies* traitées dans les services de nos maîtres, le démontre amplement, et les résultats en sont d'autant mieux comparables que les quatre malades ont été soumis à la même opération ; 1 amélioration de l'état local et général, 1 résultat nul, le malade n'ayant retiré aucun bénéfice de la résection humérale, 1 aggravation de l'état général et 1 mort par généralisation : tel est le bilan de ces interventions, bien fait pour inspirer quelque défiance de semblable opération. Dans une thèse de 1888, le Dr Vivien (thèse de Paris) fait la même remarque et insiste sur le traitement général.

« D'un diagnostic difficile à son début, dit-il, la scapulalgie entraîne un pronostic grave surtout chez l'adulte à cause de sa coexistence fréquente avec la tuberculose pulmonaire. Elle nécessite un traitement général et local : une alimentation tonique, la vie au grand air, l'huile de foie de morue, du fer, du quinquina, l'immobilisation de l'articulation, le curettage des fistules et au besoin la désarticulation de l'épaule. »

Aussi, ne voulons-nous pas nous en tenir là, et examinant tour à tour les résultats que nous ont fournis les autres résections, nous sommes étonné (nous serions tout surpris si cette remarque ne nous avait déjà été faite par nombre de nos maîtres, M. Verneuil et M. Ricard qui a obtenu devant nous un si beau résultat opératoire) de voir que sur 5 *arthrites du coude*, dont une n'a pas nécessité d'intervention, et 4 ont été traitées par la résection, le nombre des guérisons figure pour le chiffre de 3, une amélioration et un *statu quo* de l'état local sans aggravation de l'état général ; chiffres éminemment favorables, qui contrastent singulièrement avec les précédents et font de la résection du coude une des meilleures et des plus recommandables.

Quatre *tumeurs blanches du poignet* ont été traitées et il nous faut faire remarquer que les résultats obtenus ne concordent pas avec ce que nous avons dit de cette résection. Certes, l'opinion des auteurs ne saurait que prévaloir à la nôtre et elle est sans doute fondée sur l'ensemble des résultats immédiats et éloignés ; mais nous nous occuperons ultérieurement de ceux-ci. Toujours est-il que provisoirement nous enregistrons : 2 succès ; une aggravation de l'état local, et une de l'état général, enfin un résultat nul. Mais nous tenons à faire remarquer que l'aggravation de l'état local est due à une intervention incomplète ; M. Ricard qui opérait ce malade, et il s'associera à notre dire, n'ayant pas voulu intervenir plus radicalement sans avoir prévenu le malade.

En ce qui concerne *la coxalgie*, nous avouons n'avoir jamais

été très partisan de la résection et, trop peu riches en faits, nous ne pouvons appuyer cet *a priori*. 16 malades ont été observés : chez deux, il a fallu simplement ouvrir des abcès péri-articulaires ; chez un, ces abcès ont été soumis au grattage ; deux fois, la tête fémorale a été réséquée, et 11 fois on s'est contenté d'appliquer des appareils ou l'extension continue. Notons dès maintenant que l'appareil silicaté nous a paru, dans les cas où il est applicable, la méthode de choix. Six guérisons, quatre améliorations, quatre résultats nuls, deux aggravations locales dont l'une a nécessité la désarticulation de la cuisse quelque temps après la résection, accident causé en partie par l'indocilité du malade, tels sont nos résultats. Nous verrons qu'ils ne sont pas favorables à l'intervention, sauf le cas où une suppuration abondante et la fistulisation de la région forcent la main du chirurgien.

Sur nos 14 *cas de tumeurs blanches du genou*, 2 ont été traités par les pointes de feu (feu prolongé suivant la méthode des vétérinaires, qui a donné un résultat parfait). (M. Ricard.) Une injection iodoformée, une amputation, deux résections, l'application de 8 appareils complètent le total de nos malades. A ce grand nombre de cas nous ne pouvons répondre que par 2 guérisons, 4 améliorations, 3 résultats nuls, une aggravation de l'état local, 4 morts de tuberculose pulmonaire pendant le cours du traitement. Nous voilà presque ramené au pronostic de la scapulalgie.

Enfin pour les *ostéo-arthrites tuberculeuses du pied* observées par nous, traitées par le grattage dans 1 cas, par l'amputation à un niveau variable dans 5, et par l'application d'appareils dans 3, nous inscrivons 5 guérisons, 3 résultats nuls et une mort par généralisation après intervention.

Mais on remarquera que si les résultats y sont relativement favorables, il faut tenir compte de ce fait que le traitement radical, dans 5 de ces cas, a consisté dans l'amputation, propor-

tion relativement considérable, et qu'il n'est point étonnant d'y constater un résultat immédiat favorable. Il n'en reste pas moins un pronostic d'une gravité considérable, puisqu'il a conduit les chirurgiens dont nous avons suivi le service, à intervenir d'une façon aussi complète que le sacrifice radical du pied.

Pour nous résumer, nous classerions volontiers le pronostic des arthrites blanches, en tenant compte de la conservation du membre, du retentissement sur l'état général et de la valeur des résultats, de la façon suivante en commençant par le plus bénin;

1° Coude;
2° Articulation coxofémorale;
3° Poignet (nous avons vu qu'il y avait contestation à cet égard);
4° Pied;
5° Genou (celui-ci pouvant être facilement classé quatrième, si l'on tient grand compte du genre d'intervention);
6° Epaule.

Il ne nous reste plus enfin qu'à dire un mot des résultats que nous avons constatés chez nos malades atteints d'ostéite tuberculeuse du rocher. Ils sont au nombre de six, dont un a suivi un traitement pharmaceutique seulement; deux ont été traités par l'incision des abcès, et trois ont été trépanés, dont deux par M. Ricard, particulièrement expert en ce genre d'opération. Une guérison totale, quatre améliorations, c'est-à-dire persistance de fistulettes, un résultat nul, montrent que le pronostic immédiat du traitement n'est pas excessivement sévère: nous pourrions y ajouter un cinquième cas, revu depuis lors, où l'expectation a donné un bon résultat après quelques accidents menaçants. (Voir p. 218.)

CHAPITRE IV

2° Nature de l'intervention dans chaque série de lésions, et résultats opératoires observés dans chaque catégorie d'interventions.

A. — Tuberculose testiculaire

Nous avons donc cherché à établir la relation qui existe entre les résultats immédiats et éloignés acquis et le genre d'intervention choisi par le chirurgien. Aussi avons-nous dressé les tableaux que nous publions à titre de tableaux analytiques par rapport à notre statistique générale qui comprenait dans un même tout les résultats obtenus quel que fût le traitement suivi.

Ici comme dans nos autres tableaux, nous avons rapproché les résultats éloignés et les résultats immédiats, afin que le lecteur les pût comparer. Ces tableaux ayant été établis au moment même de la publication de notre travail, le nombre des malades perdus de vue y a sensiblement diminué, les retardataires y ayant été notés; les chiffres peuvent donc différer, dans de petites proportions, de ceux de notre tableau général : ils sont en tout cas plus complets, la statistique en étant plus récente.

Nous ferons suivre chacun de ces tableaux de quelques réflexions et d'une appréciation du mode de traitement : celle-ci n'aura rien d'absolu et ne peut évidemment que se rapporter aux cas que nous avons considérés; mais la différence des résultats immédiats et éloignés, qui nous a paru capitale, nous a semblé souvent liée au mode opératoire choisi par le chirurgien : aussi nos appréciations qui suivent l'étude des

résultats immédiats sont-elles provisoires, et souvent modifiées dans la suite par l'examen des résultats éloignés. Les mots guérison, amélioration, etc..., qui figurent dans notre première colonne, ne se rapportent qu'à l'état local. Ceux de généralisation, de mort par tuberculose pulmonaire et de tuberculose pulmonaire grave, seuls, ont trait à la localisation viscérale.

Tuberculose testiculaire (30 cas)

		EXPECTATION 4	PHARMACEUTIQ. 10	TOPIQUES 4	THERMO 5	CASTRATION 5	INJ. CHLORUR. 2
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	0	1	0	0	4	0
	Amélioration	1	4	4	5	1	»
	Résultat nul	3	5	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	2	2	1
	Amélioration	1	2	»	1	»	»
	Résultat nul	»	1	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	1 (1)	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	1	1	»
	Mort par tuberculose	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	3	7	4	1	2	1

(1) Pour ce tableau et les suivants, nous prévenons le lecteur que la non-concordance des chiffres avec ceux du tableau général ne constitue pas une erreur. Quelques malades ont été opérés à plusieurs reprises, plusieurs méthodes de traitement ont pu être simultanément employées, et nous avons dû en tenir compte et ne choisir, pour figurer dans ces tableaux, que les faits les plus probants ; les résultats ont d'ailleurs pu être multiples pour chaque sujet, amélioration locale et récidive à distance, par exemple.

Nous n'avons point parlé des variations de l'état général en rapport avec l'opération ; c'est qu'en effet nous donnons ailleurs (voir p. 215 et suiv.) d'assez nombreuses indications à ce sujet et qu'il nous a paru avantageux, pour la netteté, de simplifier ces tableaux.

Parmi les malades revus, nous comptons ceuxqui sont revenus nous voir ou sur lesquels nous avons des données cer-

taines ; parmi les malades perdus de vue, non seulement ceux qui n'ont point répondu à notre convocation, mais ceux encore dont la sortie de l'hôpital, de date trop rapprochée, ne nous permet pas de tirer de conclusions relatives aux résultats éloignés.

En parcourant les colonnes de ce tableau, nous remarquons, dès maintenant, qu'en ce qui concerne les interventions opératoires, la castration (opération complète et radicale) donne le maximum de succès opératoires, et il était permis de s'y attendre et de rapprocher cette opération de l'amputation des membres pour tumeur fongueuse des articulations. Après elle, la thermocautérisation profonde donne encore de très bons résultats immédiats, et ces résultats paraîtront d'autant meilleurs, bien qu'ils ne soient notés que comme améliorations, que dans les cas où nous l'avons vu mettre en pratique, l'état des malades était compliqué de fistules scrotales, et souvent de lésions prostato-séminales plus ou moins développées.

L'injection de chlorure de zinc, n'ayant pour but que de faire disparaître l'hydrocèle symptomatique, ne saurait être considérée comme moyen de traitement (1) ; l'expectation, qui a donné sur 4 cas une amélioration fortuite dont l'importance est de beaucoup diminuée par 3 résultats nuls, ne saurait être considérée comme une méthode de traitement, non plus que les topiques, malgré les 4 améliorations qu'ils nous ont données dans les 4 cas où ils ont été employés ; ils font tomber les phénomènes inflammatoires et il y a sans doute amélioration, mais celle-ci est très relative, les lésions épididymaires mêmes n'étant que peu ou pas modifiées.

Reste le traitement général ; l'iodoforme à l'intérieur et, d'une façon générale, les antituberculeux ; on ne saurait nier leur efficacité lorsqu'ils sont joints à un traitement local convenable ; nous ne pensons pas cependant qu'ils puissent à eux

(1) Nous verrons dans la 4e partie que cette condamnation sévère est injuste.

seuls suffire, et le chiffre de 5 résultats nuls que nous avons obtenus, confirme cette manière de voir. En résumé, en *ce qui concerne les résultats immédiats*, nous classerions volontiers les méthodes de traitement de la façon suivante :

1° Castration donnant des résultats immédiats parfaits, applicable si le testicule et l'épididyme seuls sont pris (fait contesté par de nombreux auteurs) ;

2° Cautérisation interstitielle profonde, méthode de choix lorsqu'il y a tuberculisation prostato-séminale concomitante ou tuberculisation très étendue du scrotum (Thèse d'Aubain, 1873);

3° Médication interne jointe à quelques applications topiques. Parmi celles-ci il y a lieu de classer les injections interstitielles d'éther iodoformé déjà employées par quelques auteurs et dont nous avons vu plusieurs résultats assez satisfaisants, sans avoir recueilli à ce sujet de notes suffisamment concluantes.

Quant à la gravité de l'intervention, il est sans contestation qu'on peut, par des moyens de douceur, arriver à des résultats remarquables. Dans une de nos observations, par exemple, la seule intervention au thermocautère a pu suffire à donner un résultat parfait. C'est surtout en ce qui concerne la tuberculose testiculaire que la division est facile à établir. Dans une clinique du 20 février 1889, M. Verneuil faisait remarquer, à propos d'un jeune sujet blennorrhagique présentant de l'hydarthrose et un noyau tuberculeux de l'épididyme, que le traitement au début peut être un traitement de douceur. Cet auteur, et à sa suite MM. Reclus et Le Dentu ont injecté avec succès des préparations iodoformées; il y aurait même lieu d'appliquer ce traitement aux lésions tuberculeuses de la prostate; il n'est point utile, d'ailleurs, de faire l'extirpation lorsqu'on peut porter le remède au sein même du foyer; quelquefois l'ouverture large est nécessaire pour manier sûrement le parasiticide, mais

dans le traitement des abcès froids, par exemple, on doit surtout avoir pour but de porter l'antiseptique au contact de la paroi infiltrée de tuberculose.

C'est, en effet, le précepte que nous avons entendu souvent recommander par M. Verneuil et qu'il a souvent mis en pratique devant nous. Dans sa clinique du 23 octobre 1889, il discutait de nouveau ce traitement à propos d'un jeune malade dont les antécédents paternels et maternels bons étaient cependant aggravés par la perte de deux frères en bas âge, et des antécédents personnels strumeux, et qui portait des cicatrices d'accidents strumeux. Il y a huit jours, une tuberculose testiculaire s'était ouverte à l'extérieur par deux trajets fistuleux, la prostate était déjà prise, à droite, ainsi que la vésicule séminale du même côté.

« Fallait-il castrer, ou employer le thermocautère? Certes, la castration est très expéditive, très innocente, mais elle n'est nullement radicale; elle donne plutôt un coup de fouet aux lésions profondes, car c'est une opération sûrement incomplète. Or, si l'autre testicule vient aussi à se prendre, il n'y a pas de raison pour ne pas castrer aussi, et l'on sait les résultats moraux déplorables de cette double intervention.

« Je crois donc, concluait le chirurgien, qu'il y a lieu de détruire la glande séminale, tout en laissant une apparence de testicule, d'autant que cette intervention ne m'a jamais amené d'accident local ou général ; après la guérison, il ne reste qu'une coque indurée. Bien entendu, le traitement général est aussi indiqué. »

En résumé : castration, thermocautérisation profonde, traitement général, expectative, sont les trois degrés du traitement, et nous pensons, surtout lorsqu'il *y a des lésions prostatiques*, qu'il y a tout intérêt à choisir le terme moyen. Ce n'est point que nous rejettions absolument la castration, dont M. Terrillon (*Progrès médical*, 1886) a démontré les bons effets, mais elle doit être surtout réservée aux cas où

on peut affirmer que par l'ablation du testicule on a pu enlever la totalité des foyers génitaux.

Dans sa leçon clinique, recueillie par M. Routier et publiée dans le *Progrès médical* de 1886, M. Terrillon conclut qu'il y a lieu :

1° De castrer, si le testicule et l'épididyme seuls sont pris ;

2° De pratiquer la cautérisation profonde et de s'abstenir de la castration, s'il y a en même temps des lésions prostatiques, funiculite, etc. (Thèse d'Aubain), ou de recourir, dans ces cas, au curage (Méthode de Kocher) avec application de gaze iodoformée.

Enfin, la castration ne doit pas être pratiquée lorsqu'il y a épididymite double; celle-ci coïncidant d'ailleurs presque toujours avec la propagation des lésions à la prostate, il ne saurait y avoir de doute.

En suivant ces principes, M. Terrillon a pu citer à ses élèves trois cas qui correspondent chacun à une marche spéciale de l'affection :

Un malade, traité il y a quatre ans, a vu sa guérison se maintenir ;

Un autre, traité depuis deux ans, a présenté une récidive au bout de ce temps.

Un troisième, traité depuis deux ans et demi, présentait une amélioration notable de l'état général.

Dans sa thèse de 1873, Mougin a, d'ailleurs, déjà signalé la fréquence de l'amélioration de l'état général à la suite des interventions pour testicules tuberculeux, et nous-même en avons publié de beaux exemples dans ce travail.

B. — Tuberculose ganglionnaire

En énumérant les résultats qu'ont donnés les divers modes opératoires dans le traitement des ganglions tubercu-

leux, nous abordons une des questions les plus discutées de la thérapeutique applicable aux tuberculoses locales. Thérapeuthes et chirurgiens ont discuté à l'envi cet intéressant sujet, et la discussion n'est pas près d'être close. Extirpez le système lymphatique tout entier, disent les uns, ou bien ne faites pas d'opération nécessairement incomplète; Préservez les ganglions voisins de la contagion par le ganglion malade, disent les autres, et pratiquez l'éradication de la scrofulose.

S'il s'agissait des résultats éloignés de l'intervention, et la question se posera pour nous dans un autre chapitre, nous devrions examiner les faits avec une extrême réserve. Mais en ce qui concerne les succès opératoires, on peut être très catégorique et nous le sommes, d'autant plus que ce sont précisément ces résultats qui nous ont longtemps abusé sur la valeur réelle des interventions pour tuberculose locale. Nous serons donc très affirmatif : aucune médication ne donne d'aussi beaux résultats que l'intervention sanglante. Les 64 cas que nous avons étudiés nous permettent de noter en principe « que l'extirpation précoce des ganglions lymphatiques tuberculisés est soumise à la règle des extirpations des tumeurs les plus bénignes, c'est-à-dire que le résultat ne peut manquer d'être parfait si les précautions antiseptiques sont observées. » Aussi sur 20 cas où nos maîtres ou nous-même sommes intervenus, nous notons 19 succès : il est vrai qu'une mort par généralisation assombrit le tableau, mais nous savons déjà que si elle est imputable à l'intervention, elle n'est nullement imputable au mode d'intervention.

L'extirpation de ganglions ulcérés, c'est-à-dire avec résection de la peau adhérente ou fistulisée et grattage consécutif du foyer, quoique constituant une opération moins bonne, puisqu'elle est plus tardive, n'a pas donné des résultats beaucoup moins satisfaisants ; 12 cas : 9 succès opératoires complets, 3 améliorations, sont des bénéfices qu'il ne faut pas négliger.

Ganglions (64)

		EXPECTATION 4	PHARMAC. 7	THERMOC. 5	INCISION 8	GRATTAGE 12	INJ. IOD. 8	EXTIRPATION 20
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	0	1	1	3	9	1	19
	Amélioration	2	5	3	1	3	4	»
	Résultat nul	1	»	1	4	»	3	»
	Aggravation	1	1	»	»	»	»	1
	Généralisation	»	»	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	»	1	»	5
	Amélioration	»	»	»	»	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	1	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	2	»	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	»	»	»	3
	Mort par tuberculose	»	»	»	»	»	»	1
	Perdus de vue	3	7	5	5	11	8	11

Comparée au grattage, l'incision des ganglions complètement abcédés ou ramollis ne nous a pas donné d'aussi beaux résultats : sur 8 cas nous devons noter 3 guérisons seulement, 1 amélioration et 4 résultats défectueux ; c'est que dans l'incision l'opération est manifestement incomplète, elle s'adresse à la périadénite, à la partie liquide du néoplasme bacillaire, et néglige le second temps opératoire, le grattage, seul capable de détruire la partie solide. Aussi de ces 3 interventions, la première est-elle manifestement préférable, puisque seule elle assure la réunion immédiate que le grattage ne permet que sous certaines conditions, le grattage étant encore bien supérieur à l'incision simple dans la cure chirurgicale de ces adénites. Mais il se présente quelques cas où ni l'un ni l'autre ne sont applicables, et, par analogie avec ce que nous ont appris nos maîtres sur la thermocautérisation profonde des arthrites fistuleuses et des testicules suppurés, nous avons pu quelquefois employer l'ignipuncture et tenter la destruc-

tion de la masse par le fer rouge, opération infidèle si l'on songe que ces ganglions pullulent au voisinage des gaines vasculaires : 5 cas, 3 améliorations, 1 succès complet, 1 résultat nul, tel est notre bilan.

Parmi les procédés de douceur, nous avons dans 8 cas noté les résultats fournis par les injections interstitielles. Nous n'avons noté qu'un succès et le fait n'étonne pas malgré l'excellence du procédé, si l'on réfléchit que c'est une méthode lente dont les plus beaux résultats ne sont mis en évidence que par une observation prolongée des malades ; les 4 améliorations que nous avons notées sont des débuts de guérison, des convalescences, si nous osions dire, l'action de l'agent thérapeutique se continuant bien après la sortie de l'hôpital.

Il en est de même encore des médicaments : ils sont peu propres à entraîner une guérison rapide et sur 7 cas nous avons pu même observer une aggravation ; 5 améliorations et 1 guérison complètent le total.

Nous serons plus sévères pour l'expectation. « On ne doit point ce nous semble négliger le traitement des manifestations ganglionnaires de la tuberculose. » Point de guérison, même à longue échéance, 1 état stationnaire, 1 aggravation, nous engagent à considérer comme coupable l'indifférence du médecin qui s'en tiendrait à l'expectation.

A propos du traitement de la tuberculose ganglionnaire, le professeur Duret, de Lille, dans un travail intitulé *Note sur la caseo-tuberculose des ganglions lymphatiques et leur traitement* (Congrès de la tuberculose, fascicule II, p. 575) admet 3 formes :

1° La forme fibro-tuberculeuse, justiciable d'une seule méthode de traitement, l'extirpation ;

2° La forme caséo-tuberculeuse qu'il traite suivant les cas, soit par la ponction au thermocautère de chaque ganglion,

soit par la thermocautérisation profonde et large de la masse ganglionnaire ;

3° La forme suppurative, à laquelle il applique l'ouverture au thermocautère et la cautérisation complète de la coque ganglionnaire qui préviendrait, dit-il, la propagation à toute la chaîne ganglionnaire.

Le procédé de M. Duret que nous approuvons entièrement, nous a dès 1887, donné un beau succès à l'hôpital de la Pitié où nous l'avons appliqué sur un malade de notre cher maître M. Polaillon.

Voici cette observation.

Observation 76 (inédite). — *Ganglions strumeux de l'aine ulcérés. — Pas de tuberculose pulmonaire. — Cautérisation transcurrente. — Amélioration rapide de l'état local.*

M... J., 15 ans, sans profession, entré le 7 décembre 1887, salle Broca, n° 20, service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Le malade n'a pas eu de maladies vénériennes.

Il y a trois mois environ, à la suite dit-il (?), d'un effort qu'il a fait en soulevant des marteaux à l'abattoir, il a constaté l'apparition d'une grosseur dans l'aine gauche; il a ressenti alors une douleur peu vive.

Il y a eu suppuration. Au bout de deux mois, la peau s'est ulcérée et l'on a appliqué des cataplasmes ; suppuration abondante.

Le malade continue à marcher, mais la plaie prenant de l'extension, il entre à l'hôpital.

L'état général est bon ; le malade a de l'appétit, il ne tousse pas et n'a pas maigri; aucune lésion pulmonaire.

Actuellement on constate la présence d'un paquet ganglionnaire volumineux.

Les ganglions verticaux sont pris; il y a suppuration, l'ulcération s'étend ; il y a des adhérences profondes mais le malade ne souffre pas.

11 *décembre.* Je pratique au thermocautère la cautérisation

transcurrente *très profonde*, et j'évacue ainsi de nombreux foyers caséeux.

On fait ensuite des lotions fraîches et un pansement iodoformé.

Le 13 et le 14 décembre, on renouvelle le pansement.

Le 15 décembre, en renouvelant le pansement, on trouve de la suppuration; le malade va bien.

Le 17 et le 20 décembre, on renouvelle le pansement, la plaie se déterge par chute des eschares.

Le 24 décembre. Le malade est constamment debout.

Le 25 décembre. On renouvelle le pansement, et l'état local du malade est sensiblement amélioré; la plaie s'est réduite d'un tiers mais elle présente encore quelques bourgeons fongueux.

On fait un pansement à l'iodoforme.

Le 28 décembre, le malade sort, en bon état, pour insubordination.

Nous avons observé encore les bons effets de cette intervention par le cautère actuel dans le cas suivant :

Observation 77 (inédite, résumée). — *Ulcération scrofuleuse du creux sous-claviculaire.*

R...V., 27 ans, entré dans le service de M. le professeur Le Fort, salle St-Pierre, n°48.

En avril 1887, le malade s'aperçoit de l'apparition de deux glandes : l'une au-dessous du maxillaire inférieur à gauche, l'autre au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Après application de teinture d'iode, il ouvre la deuxième avec une aiguille, il s'écoule du pus; puis ulcération de 3 cent., de large, une croûte se forma que le malade enlève.

Le 17 janvier 1888, entrée à l'hôpital. Au-dessus de la partie interne de la clavicule, au niveau du faisceau sternal du sterno-mastoïdien, il y a une ulcération allongée transversalement et les bords sont rougeâtres et surélevés. Pas d'adhérences, mais ganglion mobile non induré.

Le 24 janvier on touche l'ulcération au thermo-cautère.

Le 10 février, le malade sort guéri, la cicatrisation est complète.

Nous ne voulons pas terminer ce court exposé des résultats

que nous avons pu constater, sans faire remarquer que dans la tuberculose ganglionnaire comme dans la tuberculose articulaire, il faut tenir grand compte, dans l'appréciation des résultats, non seulement du mode opératoire, mais encore du lieu de l'opération. S'il est vrai que la gangliophymie cervicale est une affection désolante par la précocité et la multiplicité des récidives ; s'il est vrai encore que l'infiltration tuberculeuse des ganglions de l'aisselle nous a toujours paru constituer, au même titre que la fistule anale, un critérium d'une altération profonde de l'organisme, nous devons reconnaître d'autre part que les adénopathies strumeuses du pli de l'aine,si souvent volumineuses et exubérantes, affectent après l'opération une allure remarquablement bénigne. La belle série de faits que nous avons recueillis au Midi et que depuis longtemps nous nous promettions de publier, en est une preuve. Extirpation, curage, avec ou sans résection de la peau, réunion par première intention ou plus souvent par bourgeonnement nous ont donné à la sortie des malades une suite si constante de succès, que nous les avons spécialement notés autrefois, comme un argument à citer contre la thèse que nous soutenons aujourd'hui. Il y a là une inconnue que notre maître trouverait peut-être dans l'hybridité des bubons chancrello ou syphilo-strumeux ; c'est un terrain nouveau et encore trop peu exploré que celui de l'étude de l'influence réciproque des diathèses coexistantes : nous signalons le fait, nous publions les résultats qui serviront peut-être à d'autres de documents, mais nous faisons observer que les soins particuliers que nous avons apportés à l'examen microscopique et aux inoculations ne permettent guère de contester la nature tuberculeuse de ces adénopathies. Nous publions le seul cas de mort imputable à des accidents de septicémie et non à l'opération, et nous le faisons précéder d'une observation assez curieuse que nous rapporterions volontiers à l'antagonisme bacillaire de la tuberculose et de l'érysipèle.

TABLEAU II. — **Ganglions strumeux de l'aine** (1)

NOM, AGE N° DU LIT	DATE de L'ENTRÉE	DIAGNOSTIC ÉTAT A L'ENTRÉE	DATE de L'OPÉRATION	OPÉRATEUR MM.
Pi., 19 ans... S. 4, n° 9.	4 Novembre.	Bubon double volumineux datant de 1 mois; le gauche en voie de ramollissement consécutif à des chancres simples multiples. Malade strumeux, peu robuste.	14 Décemb. 19 Décemb.	Humbert Humbert
Ne., 28 ans.. S. 4, n° 25.	13 Décemb.	Bubon double en voie de suppuration datant de 2 mois, consécutif à un chancre simple. Malade strumeux.	17 Décemb.	Thièry.
Do., 22 ans.. S. 4, n° 21.	13 Décemb.	Bubon droit ouvert datant de 38 jours. Origine douteuse. Malade strumeux. Pas de lésion des organes génitaux.	21 Décemb.	Humbert
Co., 46 ans.. S. 4, n° 5.	13 Décemb.	Bubon gauche suppuré datant de 40 jours. Syphilis il y a 6 ans. Chancre mou il y a 4 ans. Toux et amaigrissement depuis 3 mois.	28 Décemb.	Humbert
El., 22 ans.. S. 4, n° 10.	27 Décemb.	Adénite chronique suppurée incisée il y a 2 mois. Chancre mou il y a 2 mois 1/2. Chaudepisse il y a 4 mois. Syphilis de date indéterminée. Ganglions cervicaux.	31 Décemb.	Humbert
La., 23 ans.. S. 4, n° 11.	30 Décemb.	Bubon gauche strumeux en voie de ramollissement, consécutif à un chancre simple du sillon. Volume énorme.	4 Janvier.	Humbert
La., 29 ans.. S. 4, n° 3.	6 Janvier.	Bubon droit suppuré consécutif à un chancre mou. Date de 47 jours.	18 Janvier.	Humbert.

(1) La nature strumeuse des ganglions a été prouvée soit par l'inoculation, soit par l'examen direct d ganglions et de leurs produits au microscope, ainsi que nous l'avons noté dans chaque observation rapport *in extenso* au cours de cette étude.

(di, 1886 - 1887) — Service de M. HUMBERT.

ATURE DE L'OPÉRATION INCISION, SUTURE	RÉUNION PANSEMENTS	MARCHE TEMPÉRATURE ACCIDENTS	RÉSULTAT DATE DE LA GUÉRISON
bon gauche opéré le 14. ision horizontale. bon droit opéré le 19. ision verticale.	Réunion secondaire. (3) Greffes épidermiques 1 seule a pris.	La plaie a pris pendant quelques jours un aspect blafard. La temp. moyenne de 37°6 a été un jour de 39°2.	Sort guéri le 2 Février.
irpation. u excisée. ision parallèle à l'arcade llope.	Le 2e bubon disparaît spontanément le 23 Décemb.	Température moyenne 37°2.	Guérison rapide.
irpation. Incision elliptique ale, presque circulaire. age incomplet des ganlios.	La plaie bourgeonne rapidement.		8 Février. La plaie représente une circonférence bourgeonnant franchement de 4 cent. de diamètre.
irpation totale. ision elliptique verticale ec incision d'une notable alité de peau. Suture prof. d'argent, superf. au crin. rain.	2 points de suture ont tenu. Température bonne.		Le malade peut être considéré comme guéri le 8 Janvier.
sion elliptique verticale. t de suture (Florence) à tie supérieure. u réséquée.	Réunion secondaire.		Guéri.
ision verticale, quelques s de suture à la partie suure et inférieure. age incomplet.	Réunion secondaire le 8 Janvier. Suppuration abondante.	Lymphangite érysipelateuse le 24 Janvier sans conséquence.	Guéri le 1er Mars Cicatrisation complète.
sion verticale. 2 points de e à la partie supérieure.	Réunion secondaire.	Léger érythème qui dure 3 jours.	Guéri le 20 Février.

TABLEAU III. — **Ganglions strumeux de l'aine**

NOM, AGE N° DU LIT	DATE de L'ENTRÉE	DIAGNOSTIC ÉTAT A L'ENTRÉE	DATE de L'OPÉRATION	OPÉRATE MM.
Ch..... S. 4, n° 7.	»	Bubon strumeux consécutif à un chancre syphilitique.	2 Juillet.	Humbe
Ar..... S. 4, n° 4.	5 Août.	Bubon strumeux de l'aine.	29 Août.	Bazy.
Ga., 26 ans.. S. 4, n° 7.	2 Août.	Bubon double en voie de suppuration, d'origine strumeuse.	14 Septemb. 19 Septemb.	Bazy. Bazy.
Be., 23 ans.. S. 4, n° 22.	19 Août.	Bubon gauche chez un strumeux. Blennorrhagie de 15 jours.	17 Septemb.	Bazy.
Ni., 19 ans.. S. 2, n° 16.	6 Septembre.	Bubon strumeux gauche volumineux, consécutif à des chancres simples sous-préputiaux. Blennorrhagie.	24 Septemb.	Thiéry
La., 20 ans.. S. 4, n° 21.	23 Septemb.	Bubon strumeux sans cause appréciable.	28 Septemb.	Thiéry
X..... S. 4, n° 25.	Septembre.	Bubon double en voie de suppuration (strumeux).	30 Septemb.	Thiéry
Od., 24 ans.. S. 4, n° 13.	30 Septemb.	Bubon strumeux droit de un mois en voie de ramollissement, consécutif à un chancre syphilitique.	16 Octobre.	Humbe
X..... S. 4.	»	Ganglions syphilo-strumeux de l'aine.	16 Octobre.	Humbe
Co., 20 ans.. S. 4, n° 5.	28 Octobre.	Bubon strumeux droit en voie de ramollissement. On l'ouvre le 30 octobre.	12 Novemb.	Humbe
Ga., 36 ans.. S. 4, n° 7.	11 Novemb.	Bubon strumeux gauche consécutif à des chancres mous et à une blennorrhagie.	7 Décembre.	Humbe
Co., 30 ans.. S. 4, n° 16.	6 Décembre.	Bubon strumeux droit, très volumineux, datant de 2 mois 1/2, consécutif à un chancre mou.	10 Décemb. 14 Janvier.	Humbe Thiéry

(1) Même observation que précédemment.

(idi, 1886 - 1887) — Service de M. HUMBERT.

NTURE DE L'OPÉRATION INCISIONS, SUTURES	RÉUNION PANSEMENTS	MARCHE TEMPÉRATURE Accidents	RÉSULTAT — DATE de la guérison
Irizontale. Tentative de ion par première intention. Désunion.	Suites simples.	»	Guéri.
Irizontale. Extirpation et ge.	Réunion secondaire.	La température a été de 38°8, le lendemain de l'opération, puis n'a pas dépassé 37°6.	Guéri.
Etirpation et raclage des ions. Ision horizontale. Le 2e opération est faite côté opposé (droit), le ptembre.	Réunion secondaire.	Température pendant quelques jours à 38°.	Guéri.
Eirpation et curage. Sure qui échoue.	Réunion secondaire.	Marche normale.	Guéri.
Etirpation complète. Incilinéaire horizontale. Su- au crin de Florence. très petit engagé dans ncision spéciale.	1er pansement le lendemain (fait par erreur). 2e le surlendemain. On enlève le drain et la suture. Réunion parfaite. Compression.	Il n'y a pas un seul point de suppuration.	Guéri le 28 Septembre.
Eirpation. Incision horile elliptique intéressant au.	Réunion secondaire.	La température n'a pas dépassé 38°.	Guéri.
Eucléation et grattage à la te d'un ganglion tuberx de l'aine.	Réunion secondaire.	Marche normale.	Guéri.
Eirpation. Incision horile elliptique intéressant au.	Réunion secondaire.	Le lendemain la température est à 39°, puis moyenne de 37°4.	Guéri.
Eirpation.	Réunion secondaire.	Marche normale.	Guéri.
Eirpation. Sure au fil d'argent.	La réunion par première intention échoue.	Phénomènes de septicémie dès le 15 nov. Hémorrhagies répétées du 19 au 22 nov.	Mort le 13 Décembre.
Eirpation. Peau large- sacrifiée. Ision verticale.	Réunion secondaire. La plaie bourgeonne bien.	Température moyenne de 37°6.	Peut être considéré comme guéri le 10 Janvier.
Eirpation large. Incision rontale. Le 14 Janvier on enlève eurs ganglions à gauche lètement suppurés. La on échoue.	Réunion secondaire.	La température n'a pas dépassé 37°8.	Sera guéri le 5 Février.

Observation 78 (inédite) (résumée). — *Extirpation des ganglions de l'aisselle. — Marche lente de la réparation, par seconde intention ; au 26e jour de l'opération, apparition d'un érysipèle. — Cicatrisation rapide.*

D...L., âgé de 22 ans, entre le 2 août 1887 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le docteur Polaillon (salle Broca, lit 41), avec une adénite tuberculeuse de l'aisselle gauche suppurée avec nombreux trajets fistuleux. On l'incise au thermo-cautère le 4 août. On extirpe avec les doigts sous le chloroforme, une masse ganglionnaire grosse comme le poing, contenant une dizaine de ganglions dégénérés, infiltrés; d'autres caséeux, ramollis par places.

Ces ganglions varient entre le volume d'une noisette et celui d'une grosse noix.

On fait un pansement à l'iodoforme. Les premiers jours la plaie suppure beaucoup. L'état est satisfaisant, réparation lente.

Le 30 *août* le malade est atteint d'érysipèle, ayant été probablement contagionné par un malade allant souvent dans les salles de médecine. On lui fait un pansement au sublimé. Il est guéri de son érysipèle cinq ou six jours après. La cicatrisation marche ensuite très rapidement, peut-être accélérée par l'érysipèle.

Il sort de l'hôpital *le* 23 *septembre*, la plaie étant presque cicatrisée.

Observation 79 (inédite). — *Bubon strumeux. — Pas de lésions pulmonaires. — Extirpation large. — Phénomènes de septicémie. — Mort.*

C..., âgé de 20 ans, est entré à l'hôpital du Midi, 28 octobre 1886, service de M. Humbert, salle 4, n° 5.

Le malade, strumeux avéré depuis l'enfance, assez frêle et amaigri, sans lésions pulmonaires notables, présente un bubon d'origine strumeuse en voie de ramollissement, ouvert le 30 octobre. — Je passe sur la première partie de l'observation, qui n'offre pas d'intérêt.

Le 12 *novembre*, on l'anesthésie et on fait l'ablation large des ganglions. — Pansement iodoformé.

Dès le 15 novembre, il a des vomissements bilieux, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des cauchemars pendant la nuit.

17 *novembre*. — La température est de 37°,5. Le malade a des sueurs abondantes; il est incommodé, dit-il, par l'odeur de l'iodoforme. — Pansement humide : nous croyons, d'abord, à une intoxication iodoformique.

18 *novembre*. — Le malade n'a pas dormi la nuit; il a de la céphalée; il a vomi le lait de la veille et ses vomissements sont bilieux. L'urine est abondante, de mauvaise odeur; la langue saburrale, les crachats abondants.

19 *novembre*. — Il n'a pas dormi la nuit et a rêvé; il n'a pas vomi depuis ce matin; il tousse un peu plus et a des douleurs dans les lombes. Les crachats sont aqueux, aérés à la surface.

20 *novembre*. — Il a dormi malgré quelques cauchemars; il s'est produit une hémorrhagie du bubon pendant la nuit. Les crachats sont semblables à ceux de la veille. — Pansement sec et compressif.

21 *novembre*.— Hémorrhagie pendant la nuit, plus forte que la précédente, pas de vomissements. Quelques cauchemars encore. Crachats.

22 *novembre*. — Hier à 2 heures, hémorrhagie. Nuit excellente. Plus de vomissements. Moins de crachats.

23 *novembre*. — Nuit bonne. Peu de crachats. Pas de vomissements.

26 *novembre*.— Hier de 1 heure à 4 heures, hémorrhagie qui a donné un litre de sang au moins. Hyperesthésie de la peau à la face antéro-interne des cuisses ; on peut à peine effleurer les cuisses du malade sans qu'il pousse aussitôt des cris. On lui donne 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

27 *novembre*. — Vomissements le matin. Diminution de l'hyperesthésie. L'odeur de l'iodoforme a reparu.

28 *novembre*. — Le 27 au soir, vomissements. Douleurs à la face antéro-interne des cuisses. La température est de 37 degrés.

30 *novembre*. — Mauvaise nuit. Le malade a vomi dans l'après-midi du 29. Pas d'hémorrhagie. Douleur persistante à la face antéro-interne de la cuisse.

1^er^ *déc*. Diminution de l'hypéresthésie. Plaie en bon état;

pas d'appétit. Pansement. Malade abattu refusant la nourriture de l'hôpital. Toujours 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

2 *déc.* Urines sédimenteuses. Pas de sommeil. Sueurs abondantes. Encore beaucoup de crachats, ce matin un peu striés de sang. Quelques vomissements bilieux la nuit. Encore un peu d'hypéresthésie. T^e^ du matin : 40°.

3 *déc.* T^e^ 38°,5. Diminution considérable de l'hypéresthésie. Pas de vomissements. Bonne nuit. Le malade mange un peu et se sent beaucoup mieux. Plaie suppurant un peu.

4 *déc.* Pansement. Mauvaise odeur. Plaie atone. Douleur vive au creux poplité. Œdème des malléoles.

6 *déc.* Phlébite dans le membre inférieur correspondant, se nourrit un peu, ne crache presque plus.

7 *déc.* Ne peut toujours pas plier sa jambe droite. Plaie un peu blafarde. Fistulette au-dessus des vaisseaux donnant issue à du pus. Pus fétide. — Douleur excessive au creux poplité.

11 *déc.* Pansement : suppuration abondante, pus sanieux. Lèvres décolorées. Teint terreux. Amaigrissement progressif. La jambe est mise en gouttière, mais on ne peut l'étendre entièrement. T^e^ : 40°. Dyspnée.

13 *déc.* Pansement dans le même état. On peut allonger la jambe dans la gouttière. Subdelirium. Dyspnée maxima. On applique vingt ventouses.

Mort dans l'après-midi, en pleine connaissance.

Autopsie. — 15 *décembre.* Phlébite suppurée. Pus sous les veines iliaques, dans la gaine du psoas, la veine cave inférieure. On ne trouve rien dans la saphène interne qui est saine.

Abcès métastatique de la face antéro-externe de la cuisse gauche.

Fausses membranes nombreuses, verdâtres, purulentes sur le poumon.

Pleurésie interlobaire, quelques tubercules pulmonaires crus très rares d'ailleurs.

Bronchite. Abcès métastatiques du poumon et sous-pleuraux.

Un litre de liquide dans la plèvre gauche.

Cent grammes de liquide dans le péricarde.

Foie — Reins — Cœur, normaux.

C. Tuberculose périanale

La cure des fistules ano-périnéales tuberculeuses constitue un des chapitres les plus importants de la tuberculose périphérique. Nous avons déjà pu voir que la tuberculose anale pouvait être considérée comme un des éléments du pronostic le plus défavorable pour établir la marche des accidents. Quels résultats donnent les principaux genres d'intervention? Et d'abord faut-il intervenir? Nous avons répondu ailleurs à cette question, pour le moment nous renvoyons à notre statistique où dans 3 cas l'état stationnaire de la lésion, sans aucune tendance à la guérison, correspondait à l'absence de traitement; où les topiques employés deux fois ont donné 1 amélioration et 1 état stationnaire. Il y a donc lieu d'intervenir. Parmi les opérations classiques, nous trouvons l'incision pure et simple et l'opération au thermocautère, la première nous ayant donné 3 guérisons, 3 améliorations, 1 aggravation de l'état général, et 1 mort immédiate par généralisation, pour 8 cas notés; la 2e donnant 6 guérisons, 7 améliorations et 1 aggravation de l'état général, pas de résultat nul dans les 14 cas observés.

Sans parler du grattage qui nous a donné une amélioration, des injections iodoformées qui, dans un cas d'abcès tuberculeux indolent, nous ont donné un très beau résultat, nous pensons qu'il y a lieu de recourir à l'opération, puisqu'elle peut supprimer une cause d'épuisement et, entre les deux méthodes, à l'exemple de M. Verneuil, nous opterons résolument pour le thermocautère : il ne suffit pas, si l'on veut ne pas s'exposer à la récidive, et on sait avec quelle déplorable facilité la fistule se reproduit, de transformer un tunnel en gouttière (incision simple), il faut encore opérer la destruction de l'infiltration des parois de cette gouttière, sans quoi l'on fait une opération incomplète, par conséquent défectueuse.

Fistules Anales et abcès de la marge de l'anus (29 cas)

		EXPECTATION	TOPIQUES	TERMO-CAUTÈRE	INCISION	GRATTAGE	INJECTIONS IODOFORMÉES
		3	2	14	8	1	1
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	»	6	3	»	1
	Amélioration	»	1	7	3	1	»
	Résultat nul	3	1	»	»	»	»
	Aggravation de l'état gén.	»	»	1	1	»	»
	Généralisation	»	»	»	1	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	3	»	»	1
	Amélioration	»	»	1	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	1	4	»	»
	Récidive à distance	»	»	2	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	3	2	8 (1)	4	1	0

(1) Total : 16 malades revus, 2 des observations ayant été recueillies au dernier moment.

D. Tuberculose articulaire

Nous avons déjà étudié les résultats généraux fournis par le traitement des tuberculoses articulaires : malgré un nombre insuffisant d'observations, une statistique nouvelle devant être établie sur des centaines de cas pour avoir la valeur d'une affirmation, travail que nous nous promettons de mener un jour à bonne fin, nous avons aussi dressé un tableau qui nous permît de nous rendre compte de la valeur respective de chaque méthode de traitement employée. Les résultats variant dans de singulières proportions suivant l'articulation considérée nous avons dû conserver la division déjà établie pour pouvoir conclure de la valeur respective de l'intervention chirurgicale et de l'application des appareils sans intervention sanglante.

Tuberculose articulaire (51 cas)

		ÉPAULE 4		COUDE 5		POIGNET 4			HANCHE 15				GENOU 14					PIED 9		
		Résection 4		Expectation 1	Résection 4	Topiques 1	Grattage 1	Résection 2	Incision 2	Grattage 1	Résection 2	Appareils 11	Thermoc. 2	Amputation 1	Ether iodof. 1	Résection 2	Appareils 8	Grattage 1	Amputation 5	Appareils 3
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	»	»	3	»	»	2	1	1	»	4	1	1	»	»	»	»	4	1
	Amélioration	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	1	«	»	1	2	»	1	2
	Résultat nul	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	4	«	»	»	1	2	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»
	Généralisation	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Hard.	»	3 tub. (1)	1	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
	Amélioration	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
	Résultat nul	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	1	1	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	«	»	»	»	»	»	3	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»
	Perdus de vue	3	»	1	»	1	1	1	2	1	0	7	1	1	1	2	5	0	»	3

(1) Donc 4 morts de tuberculose pulmonaire.

Articulations du membre supérieur.— *Épaule :* nos chiffres sont éloquents, puisque sur 4 résections observées aucune n'a donné de résultat immédiat parfait.

Nous constatons, il est vrai, deux améliorations immédiates, et il serait étonnant qu'à la suite de l'intervention on ne pût constater que des résultats défavorables, celle-ci supprimant pour un temps la majeure partie du foyer de pullulation des fongosités. Ce qu'aurait donné l'expectation, ou les autres méthodes de traitement, nous ne pouvons le dire, n'ayant point eu de terme de comparaison, mais on ne sera pas étonné de nous voir conclure que la résection de l'épaule, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, est une des plus mauvaises parmi les résections articulaires.

Coude : Nous sommes au contraire fort partisans de la résection du coude : sur nos 4 cas elle a donné 3 guérisons immédiates, je veux dire 3 succès opératoires et une amélioration, chiffre relativement élevé, et dans le seul cas où l'on a voulu temporiser et attendre, le résultat a été nul ; nous avons déjà d'ailleurs dit que nos observations ne démontrent rien de nouveau, la résection du coude étant celle qui donne, de l'avis des chirurgiens les plus experts en ce genre d'opération, les meilleurs résultats.

Trois modes thérapeutiques ont été employés dans le traitement de 4 *ostéo-arthrites du poignet :* une expectation cachée par l'application de topiques, teinture d'iode, etc..., n'ayant pas donné d'amélioration ; un grattage, opération d'ailleurs incomplète, enfin, deux résections, toutes deux ayant donné les meilleurs résultats. Il serait utile de rapprocher ces faits de ce que nous observons pour les ostéo-arthrites du pied. Au membre supérieur plus que partout ailleurs, il est de règle de conserver chaque fois qu'on le peut et on pourrait s'attendre à trouver dans l'analogie anatomique de la région (os courts, multiplicité des synoviales et des surfaces articulaires), une contre indication à la conservation, lorsque l'on se reporte

d'autre part à la conduite de la plupart des chirurgiens, lorsqu'il s'agit d'arthrite du pied. Nous ne saurions dire quelle est la cause des résultats relativement favorables de ces interventions, mais elle n'en existe pas moins et concourt utilement au but du chirurgien conservateur ; nos deux guérisons après résection marquent deux beaux succès opératoires, et indiquent que la première tentative doit être établie en vue de la conservation ; il en est tout autrement dans les ostéo-arthrites du pied, où les résultats immédiats des opérations minimum sont peu favorables en général.

D'autre part, nous voyons notre opinion confirmée par le professeur Konig, et nous tenons d'autant plus à citer le passage qu'il consacre à cette question, qu'il semble en attribuer les effets à l'iodoforme, dont nous aurons si souvent à nous occuper dans cette étude.

Au sujet « de la tuberculose des os et des articulations » (*Wolkmann's Klin Vortrage*, n° 214, 1882), M. le professeur Konig, de Gœttingen, s'exprime de la façon suivante :

« Tandis que primitivement on cherchait à enlever le plus complètement possible les os malades et la synoviale infectée, on était amené à faire des opérations relativement considérables avec extirpation radicale de tout le sac synovial; l'iodoforme nous a mis en état d'atteindre de meilleurs résultats par des interventions moins énergiques. Et la sécurité plus grande d'amener la guérison sous l'influence de l'iodoforme nous a mis en état de faire avec succès, chez des personnes âgées, des résections ou au moins des opérations analogues. Cette évolution a surtout de l'influence sur les résections du carpe et du tarse. Ce n'est que maintenant que l'extirpation du carpe est devenue une opération *dont on puisse comparer les succès avec les meilleures résections articulaires*. Le manuel opératoire est beaucoup plus facile si, après avoir fait, pendant l'hémostase provisoire, l'incision longitudinale radio-dorsale de Langenbeck, on ouvre d'abord l'articulation radio-

carpienne à l'endroit malade, on pénètre avec la cuiller tranchante, grande et forte, et on extrait avec force les os du carpe l'un après l'autre. Partout où il y a du tissu malade, cela réussit très facilement. Si le radius et le cubitus sont également affectés, on les débarrasse des parties malades au moyen de la cuiller tranchante, de la gouge et de la scie à guichet; on excise la synoviale malade avec la pince et les ciseaux. Ensuite on frotte la cavité avec de la poudre fine d'iodoforme, on l'en saupoudre encore un peu, on draine et on fait un pansement antiseptique.» Dans un cas où il fut obligé d'enlever la plus grande partie des bases des métacarpiens, il obtint même une guérison rapide avec consolidation de la main. On traite avec succès d'une manière tout à fait analogue le tarse et d'autres articulations.

Ce n'est pas cependant l'avis de tous les auteurs, et au Congrès de l'association pour l'avancement des sciences, à la Rochelle, en 1882, M. Nepveu a communiqué un travail sur la résection pathologique du poignet. En terminant, il jette un coup d'œil d'ensemble sur les soixante résections pathologiques du poignet et dit, comme conclusion de son mémoire :

« Bon nombre de résultats définitifs sont restés inconnus, les malades n'ayant pas été suivis pendant un temps suffisant et plusieurs d'entre eux étant donnés comme guéris,alors que la plaie opératoire n'était pas même encore complètement fermée; parmi les cas sur lesquels on possède des renseignements précis, on compte une proportion assez considérable d'insuccès complets, savoir : trois morts imputables directement ou indirectement à l'acte opératoire, et six cas d'insuccès opératoires entraînant l'insuccès local, le membre ayant dû subir l'amputation plus ou moins de temps après l'opération.

« Les insuccès thérapeutiques tardifs sont également nombreux, puisqu'on trouve une proportion considérable de

morts par tuberculose pulmonaire chez les sujets qui n'ont pas été trop tôt perdus de vue.

« Plusieurs fois, à la vérité, la réussite a été absolue, l'affection locale a guéri, la santé générale est devenue bonne, le membre a fonctionné d'une manière satisfaisante, mais ces succès brillants ne sont pas très communs; ils atteignent environ le quart des cas, de sorte que sur quatre résections pathologiques du poignet, il faut s'attendre à avoir trois terminaisons funestes, mauvaises ou médiocres. »

En résumé, pour le membre supérieur *la conservation est de règle*, la résection du coude et du poignet donneront d'excellents résultats; l'on ne devra pas attendre de la résection de l'épaule des succès opératoires incontestables, si l'on intervient à une période avancée; mais la résection n'offrant aucun point de comparaison avec l'ablation radicale du segment (désarticulation), 1° au point de vue des risques opératoires; 2°au point de vue fonctionnel, il y a lieu de la regarder comme une opération de nécessité médiocre mais parfois utile.

Articulations du membre inférieur. Des trois articulations principales du membre inférieur, il n'en est aucune qui ne fournisse un tribut important à la tuberculose articulaire: le seul examen de notre tableau montre qu'elles sont presque dans le rapport de 3 tumeurs blanches du membre inférieur pour une du membre supérieur.

Coxalgie. Les plus fréquentes sont assurément celles de la hanche et du genou : la coxalgie devient dans les services une affection banale. S'il est vrai qu'à l'étranger on est intervenu hâtivement, à peine le diagnostic établi, cette conduite n'a heureusement pas prévalu chez nous, et c'est encore aux appareils qu'on a le plus souvent recours, à juste titre d'ailleurs. La longueur du traitement, et la facilité des soins à donner, éloignant souvent les malades de l'hôpital avant leur entière guérison, nous n'avons pu enregistrer que 4 succès

mmédiats et qui seront probablement des guérisons absolues; mais il ne faudrait pas ranger au nombre des insuccès les 3 améliorations notables observées, la guérison n'étant dans ces cas qu'une affaire de temps. Chaque fois donc qu'il n'y a point explosion d'accidents greffés sur la lésion principale, chaque fois que l'articulation est seule malade, il y a lieu de s'en tenir, comme dans 11 de nos cas qui ont donné 7 résultats désirables, à l'application des appareils silicatés de Verneuil, gouttière de Bonnet et extension, etc...

Nous ne saurions opposer à l'abstention les opérations qui figurent dans nos notes sous le nom d'incision et de grattage : les bons résultats qu'elles comportent sont dus à l'indication spéciale qu'elles ont eu à remplir : chaque fois qu'il y a abcès péri-articulaire, il faudra ouvrir, et si ces interventions obéissent aux règles de la chirurgie antiseptique, on en retirera les meilleurs effets. Quant à la résection, ordinairement tardive, nous n'hésitons pas à la regarder comme une opération très médiocre, que nous rapprochons volontiers de la résection de l'épaule, en donnant cependant la préférence à cette dernière : or des opérés de M. Polaillon l'un dut subir consécutivement l'ablation totale du membre; il y eut d'autre part une amélioration : nous n'avons point pendant notre séjour dans les hôpitaux observé de succès opératoire complet.

Genou. Après la coxalgie il convient de placer comme fréquence la tumeur blanche du genou : nous disons comme fréquence et non comme gravité, car c'est parmi les affections articulaires du membre inférieur celle dont le pronostic est, quoique encore grave, le plus favorable, en ce qui concerne l'état local. Cependant notre mortalité y a été considérable, puisque 4 de nos malades sur 14 sont morts; mais c'est du fait de la tuberculose pulmonaire, et nous n'envisageons dans ce chapitre que les succès opératoires au niveau du foyer d'opération. Appareils, résection, cautérisation interstitielle

profonde, tels sont les trois modes de conservation. En présence des résultats obtenus, nous pensons que pour en arriver à l'amputation qui sans doute donne un succès opératoire immédiat, mais au prix de quel sacrifice! il faut avoir épuisé les autres méthodes de traitement. La compression, les appareils à immobilisation et à extension, quoique moins efficaces que dans la coxalgie, sont une précieuse ressource ; s'ils sont unis à une révulsion énergique ils deviennent la méthode de choix. Nous nous souvenons toujours d'avoir observé dans le service de M. le professeur Richet, en 1882, une malade atteinte d'arthrite blanche du genou avec fistulisation de toute la région et à laquelle plusieurs chirurgiens avaient proposé l'amputation. Trois séances d'ignipuncture avec les pointes de M. Richet, l'immobilisation consécutive amenaient une bonne et solide ankylose et nous revîmes plusieurs fois la malade en excellent état.

Autant il faut proscrire la révulsion illusoire des pointes de feu superficielles ; autant une compression bien faite dans les cas simples, des pointes de feu profondes s'il y a fistules, donneront de bons résultats. N'est-ce point d'ailleurs une destruction des fongosités que la création, par la pointe de platine rougie au feu, de trajets cicatriciels, et n'est-ce pas encore une stérilisation ou de l'antisepsie que de traiter ainsi le foyer bacillaire par une véritable coction de l'article? Les pointes de feu employées suivant la méthode vétérinaire ont donné dans un de nos cas un résultat surprenant. Nous ne voudrions pas charger de la mort du sujet la seule injection d'éther iodoformé que nous ayons pratiquée pour tumeur blanche du genou. Nous ne faisons figurer ce fait que pour établir une concordance entre nos chiffres, le malade qui fait l'objet de cette observation étant un tuberculeux avancé.

Ce n'est pas non plus que nous ayons le désir de reléguer au dernier plan la résection du genou : notre maître M. Polaillon la croit bonne, nous dirions plus volontiers satis

faisante ; des deux cas où nous l'avons vu pratiquer, le premier donne une amélioration immédiate ; dans le second la repullulation rapide des fongosités équivaut à un insuccès, le sujet ayant dû ultérieurement subir l'amputation de la cuisse. Nous avons vu dans le service de M. Polaillon plusieurs de ses opérés avec réunion parfaite et solidité du membre ; n'ayant pas recueilli leur observation, nous ne les avons pas fait figurer dans notre statistique. Infiniment préférable à l'amputation de la cuisse, la résection du genou doit être cependant, à notre avis, réservée aux cas où les autres moyens, et principalement la cautérisation interstitielle profonde s'il y a fistules, l'immobilisation avec compression s'il n'y en a pas, ont donné un échec manifeste.

A propos des interventions sur les articulations malades, M. le Dr Vargas, avec M. Rivera, classe les ressources chirurgicales conservatrices ainsi qu'il suit :

1° Extra-articul. { mécaniques { redressement, immobilité, extension ; physiques : cautérisation actuelle

2° Intra-articulaires { modificateurs ; destructeurs { Fongotripsie, Ignipuncture, Arthrectomie simple

3° Mixtes..... { Raclage (arthroxécie) ; Résection { atypique, typique

Enfin vient l'amputation.

Et il propose justement de ne passer de la première à la deuxième catégorie qu'après essai des moyens de douceur, pratique naïve et sage si souvent négligée cependant, à l'étranger principalement.

Dans le même ordre d'idées conservatrices, quelques chi-

rurgiens ont pensé qu'il y avait lieu de restreindre au minimum l'intervention et de substituer l'arthrectomie à la résection.

« Dans la séance de février 1888 de la *Société de Chirurgie*, M. Chauvel communique un rapport sur 4 arthrectomies du genou pour tumeur blanche, pratiquées par M. Delorme. Sur ces quatre malades, deux sont complètement guéris et conservent des fistules, malgré la résection complète de la synoviale et des fongosités, facilitée par l'ablation de la rotule.

Ces observations sont trop peu nombreuses et trop récentes pour permettre des conclusions fermes. M. Chauvel fait des réserves sur la valeur de cette opération au delà de quarante ans. Il ne faut pas hésiter à sacrifier la peau autour des trajets fistuleux qui peuvent être une source de récidive.

M. Terrier ne voit pas dans les faits rapportés par M. Delorme, un plaidoyer en faveur de l'arthrectomie ; il eût mieux valu faire la résection du genou.

M. Schwartz. — En 1886, j'ai fait une arthrectomie tibio-tarsienne pour une tumeur blanche au début, très douloureuse, chez une jeune femme de vingt-quatre ans ; j'enlevai par une incision externe la synoviale et une petite portion de la tête de l'astragale. Cette malade marchait au bout de deux mois et son articulation a recouvré plus tard une certaine mobilité.

M. Tillaux. — Cette opération est très indiquée quand les lésions sont limitées à la synoviale. Elle serait surtout précieuse chez les enfants à cause de la conservation des cartilages épiphysaires.

M. Terrier. — C'est une question d'indications, il faut limiter son intervention aux parties molles ou faire une résection typique si les os sont pris.

M. Kirmisson accepte cette opération pour les cas où les os sont sains, ce qui était le cas dans les quatre résections du genou qu'il a faites pour tumeur blanche ; malheureuse-

ment chez les enfants, les lésions osseuses sont beaucoup plus fréquentes. Il s'élève fortement contre les opérations, quelles qu'elles soient, entreprises avant qu'on ait épuisé toutes les ressources du traitement conservateur.

M. Reclus. — Sur une femme de 29 ans, que je voulais traiter par l'arthrectomie, j'ai trouvé un foyer tuberculeux de la malléole externe que j'ai évidé. J'ai obtenu une ankylose complète et une guérison absolue qui permet à cette femme de faire de gros ouvrages. »

N'ayant aucune expérience personnelle de ce genre d'intervention, nous nous en tenons à l'opinion exprimée par ces maîtres.

Ostéo-arthrites du pied. De toutes les arthrites fongueuses bacillaires, celle du pied est la plus grave, au double point de vue de la conservation du membre et de la récidive après les opérations non radicales. Il ne s'agit plus ici de réséquer un os, d'extraire un fragment d'astragale, ou d'extirper un cunéiforme. Opérer incomplètement, c'est s'exposer à la récidive immédiate, souvent sans l'interposition du moindre succès opératoire, ce qui équivaut presque à une aggravation ; faire une opération complète c'est sacrifier le membre. Sur neuf de nos malades, cinq ont dû consentir à ce sacrifice, et il y a eu quatre succès opératoires et une amélioration ; sur trois traités par les appareils (présentant tous trois des lésions légères), il y eut deux améliorations et une guérison. Le seul grattage indiqué a donné une généralisation avec mort immédiate.

Nous ne reproduirons pas les nombreuses discussions qui se sont élevées à ce sujet ; l'amputation donne seule un succès opératoire, il faut ou rester inactif ou sacrifier le membre, les opérations partielles donnant de mauvais résultats (1). Quel-

(1) On se méprendrait sur le sens de ces mots si l'on en concluait que nous croyons mauvaises les interventions partielles sur certains

ques chirurgiens vont même plus loin et rejettent comme incomplètes toutes les opérations (Chopart, sous-astragalienne, etc.) qui ne font pas le sacrifice complet du pied. Nous avons, de fait, vu peu d'opérés ayant subi l'amputation médio-tarsienne ; mais des deux cas que nous avons pu recueillir, l'état du moignon était une fois bon, et une autre fois détestable, la récidive étant nettement indiquée par plusieurs trajets fistuleux ; sans entrer dans le débat, nous pensons que chez nos malades de l'hôpital l'amputation de jambe est infiniment préférable.

En résumé, nous voyons qu'on peut établir les règles suivantes en ce qui concerne les grandes articulations :

1° Au membre supérieur la conservation est de rigueur et donne d'excellents résultats;

2° Au membre inférieur la conservation s'impose encore pour la hanche et le genou ;

3° Toute tumeur blanche étendue du squelette du pied (tarse) avec fistulisation, est justiciable de l'amputation totale.

Cependant, dans une note communiquée au Congrès pour l'étude de la tuberculose (2e fascicule, page 580, 1889), M. Redard, de Paris, conclut à l'intervention pour ostéo-arthrites tuberculeuses du pied *chez l'enfant* par un minimum d'intervention qui consiste à faire l'évidement, puis à cautériser au thermocautère toute la surface de la cavité créée, à drainer et à laisser la réparation se faire ; jamais, dit-il, nous n'avons eu, avec ce procédé, de réaction importante ni de retentissement fâcheux sur les articulations voisines. M. Redard stérilise d'ailleurs le foyer avant l'intervention.

Mais, ainsi que nous allions le faire remarquer, et nous

os du pied. Nos conclusions ne s'appliquent qu'aux cas où la presque totalité du squelette TARSIEN est envahie.

voyons que M. Verneuil a attiré l'attention sur ce point, il y a lieu de séparer à cet égard l'enfance de l'adolescence et de l'âge adulte, les tentatives de conservation étant tout à fait déplorables chez l'adulte.

Nous avons, de notre côté, observé des améliorations à la suite de l'immobilisation et de la compression dans des ostéo-arthrites tibio-tarsiennes ; malgré ces bons résultats dont nous publions deux observations, nous ne pensons guère que ces guérisons puissent être durables.

Observation 80 (inédite). — *Tumeur blanche tibio-tarsienne chez un tuberculeux. — Traitement par la compression et l'immobilisation. — Amélioration de l'état local. — Pas d'amélioration de l'état général.*

B... P..., 33 ans, charron, entré le 7 juin 1887. — Cet homme, antérieurement bien portant, fut atteint d'une bronchite au mois de décembre 1886, depuis laquelle il tousse. Le 17 avril 1887, contusion du pied gauche par une pièce de bois; le malade continua à marcher. Au bout de ce temps, il fut obligé de s'aliter, et depuis ce moment, il est dans l'impossibilité de marcher.

Au moment où nous le voyons, le pied gauche est gonflé, les téguments sont un peu tendus, il existe deux points douloureux localisés, l'un au niveau du scaphoïde (bord interne), l'autre au niveau de la tête du cinquième métatarsien. Les mouvements de flexion et d'extension sont douloureux, ceux d'abduction et d'adduction le sont moins. On commence par entourer le pied de compresses d'eau blanche.

Le 12 juin, on constate des craquements du côté du sommet droit, avec de l'expiration prolongée. On met le membre inférieur gauche dans un silicate.

Le 24 juin, le malade commence à se lever.

Le 11 juillet, on enlève le silicate, le pied est encore gonflé, plus même qu'avant la pose de l'appareil ; il est, en outre, très douloureux.

Le 13 juillet, on fait des pointes de feu et de la compression ouatée.

Le 18 juillet, application d'un plâtre.

Le 15 août, on l'enlève; le gonflement et la douleur persistent.

Le 23, il part pour Vincennes, avec du gonflement et un peu de difficulté des mouvements.

Rentré dans le service le 19 septembre.

Le malade rentre dans le service avec des douleurs et du gonflement du pied gauche; il semble y avoir parésie des péroniers latéraux.

Le 21, on badigeonne le pied avec de la teinture d'iode, et on applique un bandage roulé; le 22 septembre, même traitement, ainsi que le 24.

Le 26 septembre, on enlève la compression. La teinture d'iode a fait vésicatoire.

Le 27 et le 28, on donne une douche froide sur le pied. Ce traitement amène une amélioration notable de l'état du pied.

Le 1er octobre, le malade demande à sortir, bien que la marche soit encore gênée et douloureuse, l'état local est amélioré, l'état général ne s'est pas modifié; on perçoit toujours aux sommets une expiration rude avec râles humides nombreux.

Observation 81 (inédite). — *Tumeur blanche tibio-tarsienne consécutive à une entorse. — Poussée aiguë. — Immobilisation et compression. — Amélioration.*

M... M..., 25 ans, mariée, domestique, entre le 7 février à l'hôpital de la Pitié, service de M. Verneuil, salle Lisfranc, n° 27.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants. Elle a un frère et quatre sœurs, tous bien portants, il n'y a dans sa famille ni rhumatisants ni phtisiques. Son mari est bien portant.

Antécédents personnels. — Pendant sa jeunesse elle a eu la variole, et à la suite de cette variole une blépharite ciliaire à l'âge de 6 ans. Elle n'a pas eu de gourme antérieurement. La malade n'a pas d'enfants, elle a toujours été réglée irrégulièrement, elle voit sept fois par an. Elle n'a pas eu d'écoulement blennorrhagique, ni de flueurs blanches, aucune affection pulmonaire.

Début de l'affection. — Il y a trois ans, à la suite d'un faux pas, elle se fit une entorse médio-tarsienne qui fut traitée par

un rebouteur. Il y eut de l'ecchymose. Elle a marché au bout d'un mois, en boitant. La malade traîne depuis un an, elle a été soignée à Saint-Louis, à la consultation externe, où on lui a donné des douches sulfureuses ; puis en décembre 1888, un médecin de la ville croyant à une tumeur blanche, lui fait des pointes de feu et obtient ainsi un peu d'amélioration.

Ne pouvant plus se soigner elle vient à l'hôpital.

État actuel. — La malade ne peut marcher, elle a ressenti de vives douleurs même sans qu'elle marchât ; depuis 15 jours, la marche est indolente, mais elle boite ; elle éprouve de la douleur en s'appuyant sur le pied, les mouvements de flexion sont assez douloureux. Il y a du gonflement de l'articulation et de l'élargissement malléolaire. On voit les traces de pointes de feu. La température locale est augmentée. Il y a de l'empâtement rétro-malléolaire. Les mouvements communiqués, ainsi que les mouvements spontanés, sont possibles et s'accompagnent de craquements.

9 février. — On applique une gouttière pour faire la compression.

14 février. — On applique de la teinture d'iode et on fait la compression.

24 février. — A l'examen on constate un peu moins d'empâtement.

2 mars. — Il y a une diminution considérable de l'article.

22 mars. — Il y a encore de l'empâtement des gaines malléolaires. La malade sort de l'hôpital avec un silicate, elle rentre chez elle avec des béquilles.

De ce que notre maître M. Polaillon pense que l'amputation expose beaucoup moins à la récidive que la résection, il ne s'ensuit nullement qu'il préfère l'une à l'autre : cela dépend des cas. Au pied, par exemple, il croit l'amputation de beaucoup préférable, la résection n'étant que trop souvent une demi-opération dans cette région.

Mais il admet que dans bien des cas la résection donne d'excellents résultats, celle du coude, par exemple, et nous partageons entièrement cette opinion. Nous sommes cependant moins enthousiastes de celle du genou et surtout de

celle de l'épaule, qui ne nous a point donné de beaux résultats dans les cas que nous avons pu observer.

Est-ce à dire d'ailleurs que le résultat de ces résections soient toujours bons ? M. Polaillon ne le pense pas, et il nous citait à notre dernier entretien, à ce sujet, un cas où la lésion récidiva après une première résection du coude (1889). Il intervint de nouveau au foyer de la résection, et n'ayant enlevé la première fois que l'olécrâne qui lui avait semblé le seul os malade, il réséqua une notable portion de squelette. L'état général du malade s'aggrava ensuite et il mourut quelques mois après, de tuberculose pulmonaire à marche rapide, bien que les lésions pulmonaires existassent avant l'opération.

Comparant les résultats immédiats des résections et des amputations, Leroux (thèse de 1880) a pu dire : « Les amputations ont donné une mortalité moins grande que les résections.

« Les amputations, dans les cas où elles se terminent par la mort, tuent ordinairement rapidement, à l'inverse des résections qui tuent lentement, mais plus sûrement. La raison en est dans l'ablation brusque d'un foyer de suppuration, d'un exutoire.

« De là on peut déduire :

« Qu'il faudra préférer l'amputation à la résection;

« Que si on se décide à amputer, il faudra, à tout prix, faire sur la poitrine une révulsion énergique, ce qui n'empêchera pas d'agir par le traitement général ;

« Que dans ces conditions, on pourra employer alors les procédés et les pansements qui tarissent rapidement la suppuration, en guérissant plus vite et plus sûrement la plaie d'amputation. »

Nous ne nous associons pas entièrement à cette conclusion de l'auteur, lorsqu'il parle de la suppression d'un exutoire ; nous savons aujourd'hui ce qu'il en faut penser.

Il le reconnaît d'ailleurs lui-même dans les lignes suivantes, qui sont conformes à notre opinion :

« Si la thérapeutique précédente est impossible à appliquer, l'abstention est formelle.

On aura d'autant plus de chances de succès que l'opération sera plus hâtive. *En supprimant le foyer de suppuration, on supprime une des causes d'épuisement.*

Et dans ce cas :

— « Dans les amputations, la cicatrisation complète s'observe dans un certain nombre de cas.

Dans les résections, c'est l'exception.

Le plus fréquemment la cicatrisation complète n'est pas obtenue. La suppuration a continué jusqu'à la mort de l'opéré ; ailleurs les malades ont été perdus de vue. Existe-t-il localement des tubercules qui entretiennent la suppuration ? C'est une question à étudier.

Les complications observées ont été : la conicité du moignon, la perforation du lambeau par l'extrémité osseuse dénudée, nécrosée, plus rarement la gangrène des lambeaux, l'hémorrhagie. Les complications inflammatoires, érysipèles, lymphangites, etc., sont rares.

La fièvre traumatique est faible ; elle peut ne pas exister. »

Enfin, M. Baraban, dans son travail sur *les résultats éloignés des résections des grandes articulations,* dit que dans les tumeurs blanches non tuberculeuses la résection a surtout pour avantage direct de permettre la guérison plus rapide de la lésion locale et par conséquent la reconstitution plus facile de l'organisme. Dans les tumeurs tuberculeuses qui ne s'accompagnent pas de manifestations internes de la tuberculose au moment de l'opération, la résection a un double avantage. Elle supprime un foyer d'infection susceptible de se généraliser, elle permet d'empêcher la formation de nouveaux foyers infectieux. Dans les tumeurs blanches tuberculeuses s'accompagnant de lésions de tuberculose pulmonaire,

la résection peut guérir la lésion locale, et en supprimant ainsi une cause d'affaiblissement mettre l'organisme dans de meilleures conditions pour résister à la phtisie.

Ces opinions contradictoires n'infirment pas nos conclusions que nous maintenons d'ailleurs avec les réserves que nous y avons apportées ; elles s'en rapprochent d'ailleurs au point de vue de la suppression du foyer d'infection.

E. — Tuberculose des gaines tendineuses (synovites)

A côté des affections articulaires il est juste de placer les affections juxta-articulaires telles que les synovites : quelques recherches nouvellement entreprises dans le service de M. Verneuil et quelques observations des bons effets obtenus par les injections iodoformées ne nous permettent pas encore d'établir un parallèle entre cette méthode et les procédés opératoires ordinairement employés. Nous nous bornerons donc à inscrire comme résultats 4 guérisons obtenues par les

Synovites (7 cas)

		Topiques 1	Incision 1	Grattage 4	Extirpation 1
Suites immédiates	Guérison	»	1	2	1
	Amélioration	»	»	»	»
	Résultat nul	1	»	1	»
	Aggravation	»	»	1	»
	Généralisation	*	»	»	»
		»	»	»	»
Suites éloignées	Guérison	»	»	2	»
	Amélioration	»	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»
	Perdus de vue	1	1	2	1

procédés les plus divers, incision (12 cas), grattage (4 cas), guérison, extirpation (1 cas), le grattage ayant dans deux

autres cas donné un résultat nul et une aggravation due à une intervention incomplète. Nous sommes donc portés à conclure à l'intervention ; dans un cas de synovite fongueuse double des gaines tendineuses, M. Polaillon obtint par l'extirpation un résultat remarquable, et l'absence de récidive nous fit longtemps penser qu'il s'agissait d'une synovite fongueuse non bacillaire, variété qu'admet volontiers notre maître : l'examen microscopique a d'ailleurs tranché le diagnostic en faveur de la tuberculose.

F. — Tuberculose vertébrale

Nous avons déjà fait mention de la remarque faite au Congrès de chirurgie, par M. Iscovesco, à propos du mal de Pott. Au moment où nous écrivons ces lignes, nous n'avons point encore revu nos malades atteints d'ostéo-arthrite vertébrale, mais nous avons pu constater comme lui que dans le mal de Pott confirmé, il n'y avait guère lieu d'intervenir qu'à l'occasion des accidents qui pouvaient survenir dans le cours de l'affection, les abcès par congestion, par exemple. Aussi les guérisons que nous voyons figurer dans notre tableau (au mot guérison il faut lire succès opératoire), s'appliquent-elles aux épiphénomènes de l'affection principale, et ce n'est que plus tard qu'il peut y avoir guérison, à proprement parler, dans cette affection à marche lente. Ce fait explique donc la prédominance des améliorations, des résultats nuls. Le seul fait d'aggravation correspond à un grattage, et si anatomiquement ces interventions sont possibles, nous croyons que vu le siège des lésions, vu l'état général du sujet, elles sont rarement indiquées. La guérison existe à coup sûr et les exemples en sont des plus nombreux ; mais c'est dans le traitement général, l'hygiène et l'émigration à la campagne ou à la mer qu'elle doit être cherchée plutôt que dans la médecine opératoire ; les injec-

tions iodoformées donnent dans les abcès ossifluents des résultats d'autant plus merveilleux que l'intervention opératoire sanglante est bien souvent impossible.

Ostéites sacrées. Mal de Pott. — 16 cas.

		Expectation 6	Traitement pharmaceutique 1	Topiques 2	Incision 1	Grattage 3	Injections Iodoformées 3
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	»	»	»	1	1
	Amélioration	1	»	1	1	1	2
	Résultat nul	4	1	1	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	1	»
	Généralisation	1	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	»	»	»
	Amélioration	»	»	»	»	»	»
	Résultat nul	1	»	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	1	»	»	»	»	1
	Récidive à distance	»	»	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	2	»	»	1	2	»
	Perdus de vue	2	1	2	0	1	2

G) Tuberculose osseuse.

1° *Ostéites mastoïdiennes.* — Nous ne nous étendrons pas sur les résultats relatifs fournis par l'intervention et par l'expectation dans le traitement de l'ostéite mastoïdienne : traitement général (1 cas, 1 amélioration), petite chirurgie (1 cas, 1 résultat nul), trépanation (3 cas, 3 améliorations) sont les 3 méthodes que nous avons vu appliquer. La trépanation mastoïdienne est établie aujourd'hui sur des données anatomiques si précises (voir Ricard, Consid. sur la trép. de l'ap. mast.) qu'elle peut être considérée comme une opération simple, peu grave et efficace.

A côté de ce genre d'ostéite, il faut placer les autres

ostéites tuberculeuses ; nous aurions pu en multiplier les divisions à l'infini : nous les avons placées dans deux groupes différents : 1° celles des os des membres ; celles des os plats du thorax (tuberculose sterno-costale), le tout formant un total de 28 cas.

2° *Tuberculose costale.* — Nos malades atteints de tuberculose costale ont été traités par les méthodes les plus différentes, suivant qu'il y avait abcès non ouvert (incision, injection iodoformée), fistule déjà existante (grattage) ou enfin que l'os manifestement dénudé était accessible (résection d'une portion de côte).

Nos souvenirs nous avaient mal servi, et avant de faire la récapitulation de nos résultats, nous étions fort disposé à donner le pas à la résection costale ; or, dans les 4 cas où elle a été pratiquée, elle ne nous a donné qu'un seul succès opératoire complet, deux améliorations et un résultat nul ; en d'autres termes, elle s'est affirmée comme une opération satisfaisante, rien de plus, puisque *constamment* (sauf un cas) et nous y ajoutons les quelques cas revus depuis sur lesquels nous n'avions pas conservé de notes précises, il y a eu persistance de trajets fistuleux malgré les précautions prises pour que la résection fût complète. Le grattage nous a donné à peu près les mêmes proportions de succès, 3/4, mais un cas d'aggravation de l'état local, dû à une opération incomplète, ainsi que nous l'avons constaté en nous reportant à l'observation ; 6 expectations ont donné 1 guérison, 1 amélioration, 4 résultats nuls; enfin la seule injection iodoformée pratiquée a donné 1 guérison, résultat en contradiction avec l'assertion de quelques auteurs qui affirment que la présence d'un point osseux malade est une cause d'échec pour l'injection iodoformée.

		Tuberculose costale 15 cas				*Ostéites des membres* 13 cas							
		Expectat. 6	Grattage 4	Inj. iod. 1	Résection 4	Expectat. 2	Pharm. 1	Topiques 1	Trépan. 2	Incision 2	Grattage 3	Amput. 1	Resection 1
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	1	1
	Amélioration	1	3	»	2	»	»	»	2	»	3	»	»
	Résultat nul	4	»	»	1	2	1	1	»	2	»	»	»
	Aggravation	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Amélioration	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	2	»	»	»	1	»	»	»	1	2 (1)	»	»
	Récidive à distance	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	4	3	1	3	»	1	1	2	»	»	1	1

(1) Malades non compris dans notre total des suites immédiates.

Carie du Rocher (6 cas)

		PHARMACEUT. 1	INCISION 2	TRÉPANATION 3
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	1	»
	Amélioration	1	»	3
	Résultat nul	»	1	»
	Aggravation	»	»	»
	Généralisation	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	1
	Amélioration	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»
	Aggravation	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»
	Récidive à distance	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	1	»
	Perdus de vue	1	1	2

3° *Ostéites des membres.* — Nous comprenons sous le nom d'ostéites tuberculeuses diverses, les affections des régions les plus différentes, humérus, métacarpiens, fémur, tibia, ischion, omoplate. Nous en avons éliminé d'ailleurs les lésions d'ostéo-myélite prolongée qui n'ont rien de commun avec le sujet qui nous occupe.

Il suffit de jeter les yeux sur notre tableau pour se convaincre : 1° que l'intervention est indiquée, les topiques, le traitement général ou l'expectation n'aboutissant qu'à des résultats nuls; 2° que parmi les procédés opératoires, on peut établir deux catégories : les procédés d'intervention minimum, trépanation, grattage, incision; les deux premiers donnant des améliorations, le troisième ne donnant évidemment que des résultats nuls, puisqu'il ne supprime pas la cause du mal; l'amputation (1) et la résection assurant le succès opératoire comme toute opération radicale, par conséquent complète.

(1) Le cas d'amputation se rapporte plutôt à la résection totale d'un métacarpien, il doit être rapproché du cas de résection ayant donné un bon résultat (omoplate). (V. page 267, tableau.)

H). Tuberculose cutanée et du tissu cellulaire, gommes tuberculeuses, abcès froids.

Depuis la découverte des propriétés parasiticides de l'éther iodoformé, la cure des tuberculoses cutanées et superficielles et celle des abcès froids en particulier est entrée dans une voie nouvelle. La collection de pus bacillaire formée, il faut qu'elle s'évacue, et les disparitions sur place (avec persistance d'une induration) qui sont assurément incontestables, ne sont souvent qu'une trêve et non une guérison. Aussi l'expectation ne saurait-elle donner de bons résultats et c'est ce que nous avons observé (2 cas, 1 résultat nul, et 1 mauvais). Quant aux topiques (poudre d'iodoforme, etc.), leur application est réservée aux cas où il y a eu ouverture spontanée du foyer, ulcération d'une gomme, etc.; on en peut tirer de bons effets qui ne sont sans doute pas à comparer à ceux de la destruction au thermocautère.

L'abcès froid proprement dit peut être traité :

1° Par des moyens de douceur, injection iodoformée, incision ;

2° Par des interventions chirurgicales : raclage, extirpation.

En fait les deux premiers procédés peuvent se réduire à un seul : application de topiques antiparasitaires capables de stériliser la paroi ; l'un et l'autre doivent donc donner des résultats identiques, l'avantage restant cependant aux injections iodoformées (qui évitent la formation d'une cicatrice et la douleur qui résulte de l'incision), procédé de choix toujours accepté par le malade. Les résultats, parfois surprenants, obtenus à l'aide d'injections iodoformées sont assez connus depuis leur publication (Verneuil, Verchère, Reclus), pour qu'il soit superflu de faire remarquer que notre statistique est incomplète, je dirais presque injuste à leur égard. Deux améliorations et un résultat nul!! mais si l'on réfléchit que la

simplicité même du manuel opératoire, et la bénignité de l'opération n'exigent aucun repos à l'hôpital, on comprendra que nous n'ayons compris sous ce nom d'abcès froid que 3 cas de volumineuses tumeurs traitées en quelques jours et qu'au départ du malade la guérison, bien assurée cependant, ne fût pas totale. Il n'en est pas de même de l'incision. Nous avons dû garder nos malades en traitement dans les salles et ils ne sont sortis qu'après guérison (3) ou amélioration (2 sur 5 cas).

Des interventions sanglantes, extirpation, grattage, qui nous ont donné deux guérisons et un résultat nul, nous ne dirons rien : sans doute elles ont quelques indications spéciales, mais outre que l'extirpation totale est une opération difficile, le grattage doit être considéré comme une opération incomplète, et si dans la tuberculose osseuse il donne les meilleurs résultats, ses indications ainsi que celles de l'extirpation sont très restreintes au profit de la méthode nouvelle de traitement des abcès par les injections iodoformées.

Abcès froids. Tuberculose cutanée et superficielle (15 cas).

		EXPECTATION 2	TOPIQUES 2	INCISION 5	GRATTAGE 2	INJECTION IODOF. 3	EXTIRPATION 1
Suites immédiates	Guérison	»	»	3	1	»	1
	Amélioration	»	1	2	»	2	»
	Résultat nul	1	1	»	1	1	»
	Aggravation	1	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»
Suites éloignées	Guérison	»	»	»	1	1	»
	Amélioration	»	»	»	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»	»	»
	Aggravation	»	1	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	1	1	»	»
	Récidive à distance	»	1	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	2	»	4	»	2	1

Si d'autre part nous cherchions à établir un parallèle entre les injections iodoformées et l'incision et le grattage des abcès froids, nous verrions, en nous reportant aux résultats que nous avons observés, que pour quiconque ne cherche que la rapidité de la guérison, il faudrait abandonner les injections iodoformées. Mais ainsi que nous l'avons dit ailleurs, la mention amélioration, plus fréquente que guérison, en ce qui concerne les résultats immédiats, loin d'être pour les injections iodoformées une épithète défavorable, montre au contraire la bénignité du traitement. Le malade entre à l'hôpital : on incise et on gratte, parfois on réunit — et on note guérison immédiate. — On lui fait des injections iodoformées, la poche se referme, puis diminue ou s'abcède. Il sort au bout de quelques jours, et il reste un simple trajet fistuleux; nous notons amélioré, et si nous étions moins sévère, nous pourrions noter guéri. En d'autres termes, nous pouvons dès maintenant renverser la proposition et dire : avec l'incision et le raclage, succès immédiat fréquent; résultat thérapeutique douteux ; avec l'injection iodoformée, guérison lente à s'établir, mais ainsi que l'ont montré des statistiques plus importantes que la nôtre, guérison durable, la phase dite d'amélioration marquant presque toujours le début de la guérison.

M. Barette, au Congrès de la tuberculose (IIe fascicule, p. 586), publie de nombreuses observations qu'il fait suivre des conclusions suivantes. Il a traité 29 malades présentant un total de 32 lésions tuberculeuses, ayant déterminé la formation d'abcès froids.

« De ces malades, 25 sont actuellement guéris ou en voie de guérison, 4 sont morts dont 3 de tuberculose pulmonaire.

Quant au traitement voici ce que dit l'auteur :

8 *Cas d'adénites tuberculeuses traités :*

3 par les grattages ou incision — 3 guérisons en 5 à 8 semaines.

2 par l'injection d'éther iodoformé — 1 guérison (le 2e est en traitement).

3 par l'incision après traitement préparatoire par l'éther iodoformé, — 3 réunions immédiates.

Cinq abcès froids sous-cutanés :

2 grattages ou incisions : 2 guérisons en 10 à 12 jours.

1 pansement à plat, guérison en 5 semaines.

1 incision et grattage après traitement préparatoire par les topiques : réunion immédiate.

16 *abcès froids avec lésions osseuses* dont :

1 grattage après traitement préopératoire, — une guérison immédiate, puis récidive.

8 injections d'éther iodoformé, 2 améliorations, 2 échecs, 4 guérisons.

1 grattage du pubis : 1 succès.

2 résections de côtes : 2 réunions immédiates.

4 cas de mal de Pott, 4 injections iodoformées : 4 succès.

On a lu avec fruit aussi (1), l'appréciation de la durée de chaque traitement : l'injection iodoformée a demandé chez 9 malades, un temps variant, suivant le volume, de 3 semaines à 9 mois, la méthode sanglante employée chez 8 malades, a demandé 5 à 6 semaines, lorsque la réunion a été impossible (5 cas).

L'auteur conclut d'ailleurs :

1° Que la méthode sanglante pure (incision, grattage) doit inspirer des réserves, malgré les bons résultats définitifs qu'elle peut donner.

2° La stérilisation préopératoire du foyer est indiquée.

3° On préviendra ainsi l'auto-inoculation....

4° ..... l'injection d'éther iodoformé nous semble la méthode de choix pour les grands abcès ossifluents impossibles à attaquer chirurgicalement.

(1) Page 607 du même travail.

5° L'éther iodoformé, ainsi que la glycérine, semblent de bons modificateurs des fistules tuberculeuses.

Les observations suivantes sont tirées du travail de M. Barette, fascicule II du *Congrès de la Tuberculose*. Elles n'ont trait qu'à l'incision et au grattage, mais en se reportant à notre page 297, le lecteur pourra les rapprocher du résultat obtenu par les injections iodoformées.

Obs. 2. — Homme, 18 ans. Adénite tuberculeuse du cou. Poumon non tuberculeux. Incision. Grattage. Pansement iodoformé. Guérison.

Obs. 3. — Femme, 16 ans. Abcès froid sous-cutané du bras. Poumon non tuberculeux. Incision. Grattage. Suture. Guérison. Réunion immédiate.

Obs. 5. — Homme, 22 ans. Gomme tuberculeuse sous-cutanée du creux sus-sternal. Tuberculose au premier degré. Incision. Grattage. Pansement iodoformé. Guérison.

Obs. 6. — Homme, 56 ans. Adénite tuberculeuse ramollie de l'aine. Pas de tuberculose pulmonaire. Incision. Grattage. Pansement à plat. Guérison.

Obs. 7. — Homme, 26 ans. Adénite tuberculeuse ramollie de l'aine. Tuberculose au premier degré. Incision. Extirpation. Pansement iodoformé. Guérison.

Obs. 8. — Femme, 28 ans. Abcès froid préthyroïdien. Ostéite tuberculeuse costale. Poumons non tuberculeux. Incision de l'abcès. Grattage. Suture. Pour l'ostéite, incision, grattage, résection de 4 cm. de côte. Suture. Guérison dans les deux cas.

Obs. 18. — Femme, 26 ans. Gomme tuberculeuse sous-cutanée du pied. Poumons non tuberculeux. Incision. Grattage. Pansement iodoformé. Guérison.

Obs. 24. — Homme, 42 ans. Ostéite tuberculeuse costale déjà fistuleuse. Poumon non tuberculeux. Incision. Grattage. Résection. Suture. Guérison.

Obs. 29. — Homme, 18 ans. Tuberculose de l'épine du pubis. Poumon non tuberculeux. Trois opérations de grattage. Injection d'éther iodoformé. Guérison.

Nous n'avons point pour ainsi dire à nous résumer.

De cette vue d'ensemble découle nettement le principe de l'opération pour quiconque n'envisage que les succès opératoires ; ganglions, testicules, membres, peuvent être enlevés, chez les tuberculeux ou pour tuberculoses locales, avec un succès opératoire complet et la guérison immédiate être obtenue à de rares exceptions près et sous les réserves que nous avons faites, à propos des accidents de généralisation.

Il nous reste maintenant à voir si cette guérison est durable, si c'est la paix ou seulement la trêve, en un mot à étudier les résultats éloignés, nous pourrions dire le revers de la médaille.

QUATRIÈME PARTIE

1° *Résultats éloignés.* — 2° *Complications éloignées*

CHAPITRE PREMIER

De la difficulté de compléter les observations

Pour intéressante qu'elle soit, la question des résultats immédiats et éloignés est encore peu connue malgré le grand nombre de travaux et d'observations diverses auxquels elle a donné lieu, mais nous paraîtrions bien présomptueux de porter une telle affirmation, si nous n'en donnions immédiatement les raisons. Lorsqu'on s'occupe de cette grave question, on ne tarde pas à s'apercevoir que les difficultés sont grandes pour arriver à une solution satisfaisante, et à plusieurs reprises nous avons été sur le point de céder à cette presque impossibilité, et d'abandonner notre travail. Aussi voyons-nous la plupart des auteurs s'étendre longuement sur les résultats immédiats, et lorsqu'ils en arrivent à traiter la question des résultats éloignés, la plus intéressante sans aucune doute et la moins connue, ils regrettent « qu'une enquête qui leur a été impossible n'ait pas permis, etc., etc... »

Or cette enquête qui a été impossible constitue le point principal, la raison *sine quâ non*, des constatations ultérieures et, par suite, de l'affirmation qui en découle. Si elle n'est pas faite, si elle ne vient pas, souvent à plusieurs années de distance, détromper les espérances par une constatation brutale, le chirurgien se heurte fatalement à un échec, et ses affirmations sont trop souvent faussées par l'enthousiasme qu'a pu lui inspirer un résultat immédiat favorable, fatale-

ment enclin qu'il est à assimiler le succès opératoire au succès thérapeutique.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous ne savons encore quelles seront nos conclusions, quelle sera notre appréciation, si elle sera favorable ou non à l'intervention, mais ce que nous savons fort bien, c'est que nous avons un moment cédé à l'enthousiasme et cela à la légère, sans contrôle ultérieur sérieux, au simple vu de nombreux succès opératoires.

Le parti pris que l'on peut y mettre, ne constitue pas à lui seul la somme des causes d'erreur qui peuvent entacher la statistique, mais lorsqu'on entreprend la revision complète des anciens malades opérés à plusieurs années d'intervalle, on vient encore se heurter à un certain nombre de difficultés presque insurmontables.

Deux partis se présentent alors : leur écrire et les convier à une visite; aller les trouver. Certes l'un et l'autre sont soumis à des obstacles, mais le second qui paraît infiniment préférable est encore presque impossible à réaliser. Ce faisant, on vient échouer contre les fausses adresses, contre l'indifférence du malade, contre la crainte qu'il a toujours d'être appelé à payer le traitement qu'il a suivi à l'hôpital, crainte qui a déjà engendré les fausses adresses, enfin contre la crainte justifiée de perdre une journée de travail sans être assuré d'une rémunération.

Si l'on va à leur recherche, les heures de travail qui retiennent le malade hors du logis, les fausses adresses encore et les changements d'adresse ne donnent guère plus d'espoir.

Nous avons expérimenté l'un et l'autre : nous avons envoyé 213 lettres que la poste a mises au rebut pour le chiffre de 83; nous avons été voir les malades : beaucoup sont inconnus au domicile indiqué, absents ou morts; plus de 80 bien qu'ayant reçu notre convocation n'y ont pas répondu. Nous avons cherché à nous rendre compte en leur absence, de leur état de santé, en interrogeant la famille ou les voisins, et

partout nous avons trouvé la défiance et la grossièreté. Enfin nous avons pu constater parfois par le retour inopiné d'un malade combien les renseignements émanant d'un tiers étaient inexacts ou incomplets.

Aussi avons-nous eu quelque peine à établir nos résultats et notre statistique est peut-être empreinte d'une cause d'erreur : ceux des malades que nous avons revus avaient sans doute quelque intérêt à venir nous trouver par la persistance des accidents, tandis que le contingent des guéris qui aurait dû dégréver le total des suites opératoires fâcheuses n'a pu souvent être revu.

Nous n'avons pas été étonné en recensant comparativement l'état de nos opérés après l'opération et leur état après plusieurs années, d'en voir un grand nombre faire défection et cela d'autant plus qu'aux obstacles que nous venons de mentionner, il faut encore ajouter les décès qui sont venus faire des vides mais sur lesquels cependant nous avons pu obtenir quelques renseignements assez précis.

Fausses adresses, départs sans adresses, refus de se soumettre à un examen, indifférence, mort telles sont les causes qui ont fait que sur 213 malades convoqués par lettre ou recherchés par nous, nous n'avons pu en retrouver plus de 47.

Ce chiffre eût été bien insuffisant, si nous n'avions trouvé dans le service de notre maître, dont la bonté est proverbiale dans le monde des malades, un contingent d'anciens malades intelligents et disciplinés qui venaient retrouver leur opérateur à de longs intervalles, et comme la mémoire prodigieuse de notre maître venait à notre secours, nous avons maintes fois pu reconstituer l'observation complète avec les souvenirs et les notes gardées par M. Verneuil (1).

(1) Voici d'ailleurs à cet égard les chiffres que nous avons pu établir :

Des 258 malades qui forment le total de notre tableau de statistique

Voici donc comment nous avons procédé ; lorsque les malades ont bien voulu venir chercher près de nous un avis ou un complément de traitement, nous les avons soumis au plus rigoureux interrogatoire, leur ancienne observation en main pour la parfaire et la *compléter*.

Tous les antécédents ont été notés soigneusement, ainsi que la date, la nature des suites immédiates ou éloignées, le traitement pré ou post-opératoire ainsi que sa durée, et si au cours de ce travail on lit quelque observation trop courte, c'est qu'en général elle ne présentait pas de points très remarquables ou que nous n'en avons donné qu'un extrait ayant directement rapport au sujet envisagé dans le chapitre auquel elle appartient.

On trouvera longs et inutiles les commentaires qui précèdent, qu'on nous pardonne l'amertume de ces lignes qui ont trait à l'ingratitude du malade. Tout ceux qui ont entrepris pareille recherche savent quelles en sont les difficultés et plus d'un a reculé devant pareille besogne : ce sera l'excuse de ce travail qui est fort incomplet et que nous avouons être un essai bien imparfait.

d'ensemble (voir pages 194 et 195), 213 ont été recherchés directement par nous ou convoqués par lettre; 45 n'ont point été recherchés soit que la date de leur sortie fût trop récente, soit que nous ayons été avisé de leur mort ou que celle-ci ait eu lieu à l'hôpital, soit encore qu'ils fussent restés en cours de traitement.

Sur les 213 malades convoqués, 83 n'ont pu être retrouvés par suite de fausse déclaration de domicile ou de changement d'adresse; 83 ont reçu nos lettres sans y répondre et sans se présenter; 47 enfin ont donné de leurs nouvelles, c'est-à-dire sont venus nous voir ou ont été retrouvés par nous.

Ces 47 cas joints aux décès dont nous avons eu connaissance, aux malades qui sont revenus à l'hôpital après un traitement antérieur, à ceux qui viennent se montrer à intervalles assez réguliers, forment un total *de 96 malades* tuberculeux ou opérés de tuberculose locale, sur l'état ultérieur desquels nous avons pu par de patientes et minutieuses recherches recueillir des documents assez précis ; disons-le d'ailleurs, si notre espoir de revoir quelque ancien opéré intéressant a souvent été déçu, nous n'aurions néanmoins point espéré, au début de nos premières recherches, réunir un nombre d'anciens malades relativement si considérable.

Mais ce qui nous excusera aussi, c'est que les lignes précédentes expliqueront surabondamment la pénurie de travail *d'ensemble* sur les suites éloignées de semblables opérations ; pour y parvenir il faut réunir, colliger à grand'peine les observations éparses, travail long et ingrat que nous n'avons pas fait parfaitement puisque nous nous sommes surtout appuyé sur notre contingent d'observations inédites. Aussi faut-il savoir grand gré aux chirurgiens qui après de patientes recherches ont pu fournir au Congrès de 1889 quelques bonnes statistiques et voir dans ces chiffres si minimes qu'ils soient, le fruit d'un long travail.

Nous terminons ce chapitre en faisant une remarque : nous avons voulu embrasser d'un coup d'œil le vaste champ de la tuberculose et nous avons voulu pouvoir dire ce que deviennent nos différentes catégories de malades, et dans une série de paragraphes ayant pour but ce sujet commun, nous avons exposé l'état ultérieur des opérés des services dont nous avons été l'interne après les avoir réunis par groupes, testicules tuberculeux, fistules ano-périnéales, abcès froids, tuberculose ganglionnaire articulaire, osseuse etc., et comparer dans chacun de ces groupes les résultats donnés par l'intervention, par le traitement général, les suites opératoires et les suites éloignées des interventions, enfin la façon dont s'est comporté le sujet suivant qu'il présentait ou non des lésions pulmonaires antérieurement à l'opération.

De la sorte nous avons publié des documents assez importants qui pourront entrer en ligne de compte dans de nouvelles statistiques.

CHAPITRE II

Des résultats nuls ou médiocres (échecs thérapeutiques)

Les suites éloignées des opérations pratiquées pour tuberculoses locales peuvent être de deux sortes, suivant qu'elles ont été pratiquées ou non chez des sujets présentant des lésions viscérales. Nous avons vu qu'en théorie le fait importerait peu puisque, si l'on en croit les expériences de Jeannel, il faut considérer comme tuberculeux tout sujet présentant actuellement des lésions tuberculeuses, encore que celles-ci auraient l'apparence de la localisation; mais si ce fait qui nous explique les récidives a une grande valeur au point de vue expérimental, il n'en faut pas exagérer les conséquences et on ne saurait assimiler les résultats éloignés des opérations chez l'un et l'autre puisque du fait même de la tuberculose viscérale, l'opération entraîne une modification de cette tuberculose qu'il faut faire entrer en ligne de compte, l'état pulmonaire pouvant être influencé heureusement ou défavorablement.

De plus, les résultats étant pris dans l'acception générale du mot sont de deux sortes : 1° ceux qui améliorent l'état local ou général du sujet, *résultats proprement dits ;* 2° ceux qui aggravent cet état ou *complications éloignées*. Nous avons dit que le fait de la concomitance d'une tuberculose viscérale apporte un élément de plus à cette division.

Qu'appelle-t-on résultats et complications éloignées ? Il faut bien s'entendre sur la valeur de ce terme. Nous avons

déjà vu ce qu'étaient les résultats immédiats et ils nous ont paru des plus favorables. Mais lorsqu'ils sont fâcheux, au contraire, c'est-à-dire lorsqu'ils se compliquent d'aggravation ou de mort, ils ne constituent pas un accident éloigné, si entre le traumatisme opératoire et le jour où le malade succombe il n'y a eu une assez longue période marquée par quelque amélioration de l'état général pouvant influencer un moment le pronostic. J'opère un tuberculeux; loin de s'amender l'état général devient immédiatement mauvais ; s'il y a marche rapide ou foudroyante, c'est une *complication immédiate ;* si la marche des accidents est plus lente, si en un mot le malade ne se relève pas, c'est une *mort tardive* qu'on peut assimiler à un résultat éloigné.

Si, au contraire, le malade quitte l'hôpital sous la rubrique guérison ou amélioré, s'il reprend son travail et s'il est revu au bout d'un temps variable, on peut appeler la constatation que l'on sera appelé à faire *résultat éloigné* alors même que ce temps n'aura pas été considérable, s'il y a eu amélioration momentanée ; celle-ci une fois établie, aurait dû en effet se maintenir si quelque complication n'était venue en compromettre le bénéfice. Ce sont d'ailleurs ces améliorations qui rendent si trompeur le tableau des résultats immédiats ; ce sont donc elles qui forment la ligne de démarcation entre ceux-ci et les résultats éloignés.

Aux uns comme aux autres, résultats ou complications éloignées, il est donc impossible d'assigner une époque précise d'apparition, cette date étant essentiellement soumise à nombre de conditions accessoires : état du sujet antérieurement à l'opération, milieu, nature de l'opération, absence de confortable et de bien-être. Nous ne parlons pas, pour le moment, d'absence du traitement interne que nous nous proposons précisément de démontrer avoir aussi une notable influence sur l'apparition de ces accidents.

Les variétés d'ailleurs en peuvent être nombreuses ; tantôt

tel malade n'a jamais été guéri complètement ; il restait quelques fongosités, quelques fistules ; l'état local se maintient amélioré ou dans le *statu quo,* affectant une marche torpide jusqu'au jour de la reprise possible des accidents; c'est un mode d'évolution fréquente et dont les observations suivantes nous donnent un exemple ; ajoutons qu'on ne saurait le considérer comme une guérison définitive, quel que soit le temps qui se soit écoulé depuis l'opération puisque la menace est toujours là.

Observation 82 (inédite résumée). — G... G., 56 ans, entré le 16 mars 1887, salle Broca, n° 40, service de M. Polaillon. Ostéite suppurée de l'extrémité inférieure du fémur droit. Malade anciennement opéré dans le service par l'incision et le grattage : *il est toujours resté un trajet fistuleux.* Nouvelle intervention. Amélioration.

Observation 83 (inédite résumée). — B... H., 35 ans, entré le 19 mars 1888, n° 53, salle Saint-Pierre, service de M. Le Fort. Ostéite tuberculeuse de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Premier grattage* le 10 mars 1887, fistule persistante. Abcès multiples récidivants ; *deuxième grattage* des fongosités le 29 mars 1888, pas d'amélioration. *Troisième grattage* le 28 juin 1888. Succès opératoire, mais dans la suite *récidive d'un trajet fistuleux.*

Observation 84 (inédite résumée). — B... A , 26 ans, entré le 8 février 1888, salle Saint-Pierre, n° 42, service de M. Le Fort. Abcès de la fosse iliaque, de la cuisse et de la fesse consécutifs à un mal de Pott. *Malade soigné déjà* d'août 1887 à février 1888. Sorti à ce moment amélioré mais avec trajet fistuleux. *Récidive de l'abcès.* Collection considérable. Ouverture spontanée.

Observation 85 (inédite résumée). — B... A., 24 ans, entré salle Broca, n° 24, le 31 octobre 1887, service de M. Polaillon. Abcès froid de la cuisse, incisé et gratté par M. Humbert en 1886 ; *il est toujours resté depuis ce temps plusieurs fistules* malgré plusieurs interventions.

Observation 86 (inédite résumée). — L... P., 32 ans, entré salle Saint-Pierre, n° 10, service de M. Le Fort, le 18 janvier 1888. Fistule à l'anus à la suite d'un abcès tuberculeux de la marge de l'anus. Le *malade a été opéré* il y a plusieurs mois de cette fistule à l'hôpital Tenon, *il reste une plaie fongueuse, atone, sans tendance à la cicatrisation* et M. Le Fort opère le grattage le 19 janvier 1888. *Réunion secondaire incomplète* à la sortie.

Observation 87 (inédite résumée). — L... V., 51 ans, entré salle Broca, n° 35, service de M. Polaillon, le 29 avril 1887. Ancien malade du service ayant subi en 1886 la résection du poignet : *il conserve depuis une fistule intarissable.* Au point de vue fonctionnel le résultat est bon puisque le malade peut écrire.

Observation 88 (inédite résumée).— G... M., 57 ans, entrée salle Gerdy, n° 24, service de M. Polaillon, le 25 avril 1887. Ostéite tuberculeuse de l'extrémité supérieure du fémur. *Cette malade a été opérée il y a quatre ans* par M. Richelot à l'hôpital Bichat. Elle *n'a jamais guéri* et présente des *trajets fistuleux multiples.*

Observation 89 (inédite résumée). — *Pleurésie purulente tuberculeuse. — Empyème puis Estlander en* 1885. — *Deuxième opération d'Estlander la même année. — Pas d'amélioration de l'état local quatre ans après.*

G... I., 29 ans, maçon, entré le 23 février 1885, salle Broca, n° 6, service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le malade a eu au mois *de juin* 1884 une pleurésie purulente tuberculeuse qui a nécessité plusieurs ponctions.

L'état général du malade est très mauvais à ce moment.

Empyème le 24 *février* 1885.

Estlander (trois côtes) le 21 *mars* 1885.

Deuxième Eslander (quatre côtes) le 16 *octobre* 1885.

Le 28 *mars* 1887, il reste encore une fistule.

On fait un pansement de Lister et des lavages phéniqués.

L'état général est satisfaisant.

Le drain a encore 10 centimètres.

Le malade sort le 1er *avril* 1887.

Nous le recherchons en 1889 *et en* 1890. *La santé générale est bonne mais les trajets fistuleux subsistent toujours.*

Observation 90 (inédite, résumée). — *Pleurésie purulente tuberculeuse. — Ponctions, empyème en* 1885. *— Deux opérations d'Estlander* (1886). *Pas d'amélioration. — Troisième opération d'Estlander* (1887). *— Résultat incomplet.*

M... A., âgé de 27 ans, boulanger, né à Mulhouse, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Broca n° 30, service de M. Verneuil, le 6 avril 1886.

Cet homme, atteint d'une pleurésie purulente tuberculeuse du côté gauche ayant débuté en *février* 1885, avait été soigné chez M. Peter du 20 *mars* 1885 au 4 *avril* 1886. Deux ponctions ayant donné la première quatre litres de pus, la seconde un litre, puis empyème le 28 *mai* 1885.

Il entre dans le service de M. Polaillon le 6 *avril* 1886, et le 15 du même mois on fait l'opération d'Estlander (trois côtes), une deuxième fois le 24 *juin* (quatre côtes), une troisième fois le 2 *août* 1887 (trois côtes), en même temps on extrait un drain qui était resté depuis l'empyème pratiqué dans le service de M. Peter. Le malade quitte l'hôpital pour aller à Vincennes le 4 *octobre* 1887 ; *à sa sortie il présente encore une petite fistule donnant un peu de pus.*

L'état général est assez bon, mais la fistule est persistante.

Observation 91 (inédi[illegible]). — *Pleurésie purulente. — Empyème puis Estlander. — Accidents graves probablement d'origine réflexe après une injection intra-pleurale. — Suppuration persistante et fistule. — Pas de guérison.*

G... J., âgé de 39 ans, infirmier, entré le 6 février 1888, salle Saint-Pierre, n° 21, service de M. Le Fort, à Necker.

Ce malade, anciennement soigné dans le service, avait été opéré en avril 1885 d'un empyème par M. Le Fort ; en février 1886, il subit l'opération d'Estlander. Il a été envoyé quatre ou cinq fois à Vincennes et a toujours été renvoyé dans

le service. Il porte actuellement du côté droit une fistule pleurale qui suppure peu ; il existe une cavité assez volumineuse (la mensuration donne environ 100 grammes de liquide). L'état général est d'ailleurs satisfaisant.

7 *février*. — A la suite d'une injection d'eau pure dans la cavité (environ 80 grammes de liquide), le malade prend soudain un aspect asphyxique ; cyanose des lèvres et des extrémités, il tombe en arrière comme une masse. La respiration et le pouls se maintiennent; la respiration est stertoreuse. Quelques minutes après le début des phénomènes de syncope, le pouls donne 132 pulsations; dilatation des pupilles, raideur musculaire, sueurs abondantes ; on met des sinapismes aux jambes.

Dans l'après-midi (vers 3 heures), le malade est pris de vomissements très abondants; il a uriné sous lui, n'est pas allé à la selle, et n'a pas mangé. Il essaye de parler et peut seulement dire qu'il souffre et : « Mon Dieu. » Il est pris de trépidation epileptoïde et est tellement agité que l'on appelle vers 11 heures du soir l'interne de garde qui lui fait une piqûre de morphine.

8 *février*. — — Même état comateux. Les bras retombent inertes quand on les soulève, mais le malade peut remuer les jambes spontanément. Les paupières sont demi-closes, il pousse de temps en temps un gémissement. Il ne prend ni aliments ni boissons.

9 *février*. — Dans la matinée, le malade répond à nos questions, mais péniblement. Il a de l'obtusion des sens et de l'intelligence; les objets tournent devant ses yeux; il lève péniblement les bras et les jambes; la fièvre dure encore, sa langue est sèche, il a pris une cuillerée de solution de chloral (1/2 gramme environ) et un peu de Tood.

10 *février*. — Le malade va mieux; il mange, et est même un peu agité. Il répond bien aux questions qui lui sont adressées. Il meut ses membres, prend 2 grammes de chloral et un potage. Il va à Vincennes le 27 *août* 1888.

Il reste quatre semaines à Vincennes; rentre à Necker où il reste quinze jours; rentre à Vincennes pendant quatre semaines et revient chez M. Le Fort le 7 *novembre* 1888. Il a beaucoup engraissé. ses jambes sont faibles, il a de la peine à marcher. Les mains suent beaucoup, surtout la gauche.

Le malade a été revu chez M. Verneuil en mai 1889. Tous

les doigts sont renflés à leur extrémité et on observe des troubles trophiques des ongles. Il porte toujours sa fistule thoracique qui laisse écouler un pus abondant. L'état général est bon, le malade est toujours gras. Il marche bien, mais il souffre d'une impotence relative des doigts.

La fistule thoracique persiste avec écoulement abondant de pus, l'état général est toutefois assez bon et le malade obtient son placement à l'hôpital Laënnec.

Observation 92 (inédite, résumée). — *Carie costale. — Pleurésie purulente. — Fistule persistante.*

P... Cl., 38 ans, marinier, entré le 29 novembre 1887, salle Broca, n° 45, service de M. Polaillon.

Antécédents. — Nuls.

Le malade est atteint d'une pleurésie purulente gauche tuberculeuse consécutive (?) à une carie costale siégeant vers la sixième ou la septième côte ; *la fistule persistante a été rebelle à tous les moyens de traitement employés, résection, grattage, etc., et le malade se résigne à ne pas se faire opérer à nouveau.*

Le malade sort le 12 *décembre* sur sa demande.

Observation 93 (inédite). — *Pleurésie tuberculeuse, fistule pleurale, empyème. — Résection des côtes. — Pas d'amélioration. — Opération d'Estlander. — Suppuration persistante. — Fistules. — Electrolyse. — Fistule persistante.*

F... J., 23 ans, maréchal-ferrant, entré le 26 septembre 1887, hôpital Necker, service de M. Le Fort, salle St-Pierre, n° 9.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Le malade se rappelle avoir eu dans son enfance des croûtes dans les cheveux ; à part cela, santé toujours excellente jusqu'en 1882.

Début. — *Au mois d'avril* 1882, le malade se refroidit en sortant d'un bal ; le lendemain il a un point de côté, des frissons ; pendant les trois ou quatre jours suivants, il n'a point interrompu ses occupations ; ce n'est que le cinquième ou sixième jour qu'il fait appeler un médecin. Celui-ci aurait diagnostiqué une *pleuro-pneumonie.* Le malade garde le lit pendant cinquante jours. Trois mois après le début de la ma-

ladie, il remarque au niveau des dernières côtes gauches une tumeur du volume d'une grosse noix. Son médecin lui dit qu'il n'y a pas lieu d'intervenir, et le 15 *juillet* elle s'abcède spontanément donnant issue à un verre de pus environ.

Une fistule pleurale s'établit alors et se ferme spontanément vers le mois de *décembre* 1882 ; mais peu de temps après un second abcès apparaît au-dessous du sein, et s'ouvre bientôt spontanément ; il en résulte une seconde fistule pleurale qui persiste pendant de longs mois.

Septembre 1883. — La suppuration semble diminuer pendant quelques jours ; mais en même temps le malade remarque que ses crachats contiennent du pus. Son état reste stationnaire jusqu'au mois de juillet.

Juillet 1884. — A ce moment, il s'aperçoit qu'un nouvel abcès se forme à peu près au même niveau que le premier, et alors il se décide à venir à Paris.

Août 1884. — Il entre dans le service de M. Kirmisson, suppléant M. Verneuil, qui ouvre l'abcès le 6 août.

22 *août*. — Empyème, puis résection de quatre petits fragments de côtes. Lavages phéniqués. La cavité contenait de 500 à 600 grammes de liquide avant l'opération. L'état du malade s'améliore notablement ; la fistule bronchique se ferme et il retourne dans son pays le 29 octobre 1884. Il fait alors, comme le lui a prescrit M. Kirmisson, des lavages à l'alcool camphré simple tous les deux jours, et une injection de teinture d'iode au 1/4 deux fois par semaine.

Quelques mois après le malade trouve son état sensiblement amélioré ; cependant il conserve toujours un double drain pour assurer l'écoulement du pus.

26 *septembre* 1885. — Un an environ après son premier séjour à Paris, le malade revient trouver M. Kirmisson, non que son état se soit aggravé, mais parce qu'il désire une guérison complète.

On constate alors que la poche ne contient plus que 110 grammes de liquide ; elle a donc considérablement diminué depuis la première entrée du malade à l'hôpital.

29 *septembre* 1885. — On fait l'opération d'Estlander, avec résection de huit côtes ; très peu de fièvre les jours suivants. On a laissé le jour de l'opération six petits drains dans la plaie ; on essaie de les enlever tous peu à peu, mais on re-

connaît qu'il est indispensable d'en laisser un pour assurer l'écoulement du pus qui continue à être assez abondant.

26 *novembre* 1885. — Le malade sort de l'hôpital et retourne dans son pays pour la deuxième fois. Rentré chez lui il continue ses injections de teinture d'iode au 1/4 deux fois par semaine. Son état de santé devient de plus en plus satisfaisant. Au bout de quatre mois, les injections iodées ne sont faites qu'une fois par semaine pendant quelque temps, ensuite tous les quinze jours. Au mois de *mai* 1886, l'état du malade est sensiblement amélioré, et il peut reprendre ses occupations sans trop se fatiguer, mais la suppuration bien que diminuée est toujours abondante. Le malade continue ses injections pendant dix-huit mois environ, ensuite il finit par les abandonner tout à fait ; il lave le trajet avec de l'eau tiède tous les quinze à vingt jours. Son état général est d'ailleurs aussi satisfaisant que possible ; c'est à peine s'il tousse un peu pendant l'hiver, il a repris son travail. Il reste chez lui pendant près de deux ans, puis se décide à revenir pour la troisième fois demander les soins de M. Kirmisson, suppléant M. Le Fort.

26 *septembre* 1887. — A l'entrée du malade à l'hôpital on constate que la cavité de la fistule ne contient plus que de 50 à 60 grammes de liquide. On reprend les injections de teinture d'iode au 1/3 deux fois par semaine. Le trajet est lavé tous les deux jours à l'eau phéniquée au 1/40. On ordonne le repos et l'état du malade s'améliore.

4 *novembre*. — Lors du retour de M. Le Fort, on mesure de nouveau la fistule qui ne contient plus que 30 grammes de liquide.

7 *novembre*. — Le malade est envoyé à Vincennes. Il raconte qu'ayant eu fort chaud dans la voiture pendant le trajet il se refroidit en arrivant à Vincennes. Il eut des frissons et un peu de fièvre. La suppuration redevient plus abondante et il revient à Paris huit jours après son départ. On reprend les injections iodées deux fois par semaine et on fait des lavages au sublimé à 1/1000 tous les jours.

30 *novembre*. — L'état général est excellent. Les injections iodées sont continuées tous les deux jours.

8 *décembre*. — Par l'orifice de la fistule on introduit une sonde en argent, mais elle ne peut pénétrer jusqu'à l'extrémité du trajet. Une sonde en gomme introduite pénètre facilement et on constate que le trajet a une longueur de 23 centimètres.

La sonde se dirige en haut principalement et un peu en arrière. Pour bien constater la direction du trajet, on introduit dans la sonde un mandrin. Pour l'introduire facilement on est obligé de lui donner une légère courbe générale un peu plus accentuée à l'extrémité. Dans cette exploration on ne constate la présence d'aucune cavité et on en a la preuve en injectant de l'eau dans le trajet. Il n'entre qu'une très faible quantité de liquide qui ressort en jet dès que l'on retire la seringue. La quantité de liquide est insignifiante.

21 *décembre.* — Légère rougeur à la partie inférieure des cicatrices. Pas d'appétit. Température 39° matin, 39° soir.

22 *décembre.* — Température : 37°.

10 *janvier* 1888. — Une sonde d'argent est introduite dans le trajet jusqu'à l'extrémité. On pratique l'électrolyse. Le malade n'est pas endormi ; il éprouve une souffrance assez vive quand la sonde représente le pôle positif.

11 *janvier.* — Bon état général; le malade n'a pas souffert.

12 *janvier.* — Le malade se plaint d'avoir souffert dans la nuit. Le 13 *janvier* il éprouve des douleurs assez vives dans la partie supérieure de la plaie.

16 *janvier.* — Une sonde en gomme pénètre à 24 centimètres. Je la place comme drain en ne l'introduisant que de dix-huit centimètres environ. Les phénomènes d'inflammation se montrent principalement dans la partie supérieure de la plaie qui répond à l'aisselle, où il existe un orifice qui ne m'a pas conduit jusqu'à la plèvre quand je l'ai sondé. La cicatrice en ce point est soulevée par un petit abcès sous-cutané.

13 *février* 1888. — On fait le pansement. Il reste trois orifices fistuleux et un long trajet décollé par où s'engage le tube à drainage.

17 *février.* — On sonde le trajet avec une bougie qui pénètre à 30 centimètres.

3 *mars.* — On sonde avec une bougie qui pénètre à 27 centimètres 1/2. La cavité contient de 15 à 20 grammes de liquide.

27 *mars.* — *Le malade sort de l'hôpital avec une fistule persistante et un drain dans le trajet. La suppuration est moyenne. Depuis quelque temps, on introduit des mèches d'alun. On lui conseille le séjour à la campagne et il quitte l'hôpital le* 27 *mars* 1888.

Observation 94 (inédite). — *Abcès tuberculeux d'origine costale. — Ponctions. — Récidive. — Résection des côtes malades. — Fistule persistante.*

Th..., 50 ans, typographe, entré salle Broca, n° 14, service de M. Polaillon, le 11 février 1887.

Antécédents héréditaires. — Père peut-être mort à la suite de l'opération d'une tumeur. Mère, 75 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade dit avoir eu dysenterie, fièvre typhoïde, scorbut, fièvres intermittentes. Il y a douze ans, il a eu, dit-il, un ictère sans coliques hépatiques, mais avec douleurs à l'hypochondre. En *janvier* 1880, il a une *pleurésie sèche* à gauche. Il dit avoir toussé et maigri.

A l'auscultation on trouve de la pleurite sèche. Il y a des frottements très nets.

En *septembre* 1886, à la suite d'un effort pour enfoncer une porte, il ressent une douleur vers le mamelon gauche ; vésicatoire. Mais la région mammaire augmente de volume et après avoir essayé de travailler, il entre à la Charité le 5 *novembre*. On le ponctionne deux fois de suite et on retire un pus jaunâtre ; la mamelle s'affaisse mais la collection se reproduit le jour suivant. On applique des cataplasmes. Il *sort le* 31 *janvier* 1887.

Etat actuel. — *Le* 11 *février* il rentre à la Pitié. On remarque la rénitence d'une partie de la mamelle gauche, on y sent quelques nodules. Il n'y a pas de douleur, mais un peu de fluctuation au centre; cette partie paraît adhérer aux côtes et au grand pectoral. On remarque en outre une tumeur dure s'étendant du creux épigastrique à l'ombilic.

Le foie est normal. Le malade n'a plus de vomissements depuis le mois d'août 1886 ; ils étaient fréquents en 1884 et en 1885. Il n'a plus d'appétit, il ne peut digérer la viande. Les selles sont régulières. Teint normal, pas d'œdème aux jambes.

Le 15 *février* 1887, après anesthésie, on fait une incision courbe au-dessous du mamelon; il sort un flot de pus grumeleux. On trouve une côte fracturée dont on résèque les deux portions au niveau de l'art. chondro-costale. On pratique le lavage phéniqué à 1/20, on cautérise au thermo-cautère, on fait cinq points de suture au fil d'argent, on met deux drains et un pansement iodoformé.

Le soir, l'état du malade est satisfaisant. Il a 39°6, il demande un potage, et on lui donne de la poudre de viande.

16 *février*. — Etat bon, mais 38°5. On donne un lavement glycériné.

17 *février*. — Soulagement, appétit. Un peu de fièvre (38°6)

18 *février*. — Va bien.

19 *février*. — On refait le pansement qui suppure au niveau des drains. On supprime un drain, pansement de Lister. L'état est bon, mais 38°9.

20 *février*. — Le malade mange peu.

22 *février*. — En faisant le pansement on supprime le drain, mais on laisse les points de suture.

25 *février*. — Pansement. Le malade maigrit, il est faible, abattu.

28 *février*. — Fièvre 39°4. On lui donne 50 centigrammes de sulfate de quinine.

3 *mars*. — Le malade a eu des frissons pendant la nuit ; il urine difficilement ; il mange un peu mieux, mais a des envies de vomir fréquentes.

4 *mars*. — En enlevant le pansement on constate une poussée érysipélateuse. On ne laisse qu'un point de suture sur cinq, et on refait le pansement, Toux et diarrhée.

5 *mars*. — Pouls fréquent, abattement, ne dort pas, maigrit un peu, 39°.

7 *mars*. — On refait le pansement. La poussée érysipélateuse diminue du côté de la plaie mais elle gagne à droite. On enlève le dernier point de suture.

9 *mars*. — Pansement, l'érysipèle diminue.

13 *mars*. — Polyurie mais pas d'albumine.

14 *mars*. — Pansement. Epigastre tuméfié. Bon état.

Puis le malade reprend meilleur aspect, le 21 il se lève.

Le 26 *mars*, la plaie n'est pas encore fermée, un peu de suppuration. Le 1^er^ *avril* on le panse, il est presque complètement guéri et sort de l'hôpital.

Ce malade est revu le 5 avril, la plaie suppure encore.

Le 29 *avril*, la suppuration persiste.

Le 27 *juin*, le malade a du mal à élever le bras gauche, il semble y avoir de l'atrophie du deltoïde.

Fistule persistante ; peu de suppuration cependant.

Observation 95 (inédite, résumée). — *Coxalgie. — Traitement par les appareils. — Alternatives d'amélioration et d'aggravation. — Finalement amélioration.*

P... A., 16 ans, journalier. Entré le 3 novembre 1886, salle Broca, n° 21. Service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Antécédents scrofuleux, gourmes. Pas de tuberculose pulmonaire. Il y a deux ans, le malade a reçu un coup de pied de cheval au niveau de l'articulation coxo-fémorale gauche; depuis cette époque, il a eu de la difficulté à marcher et a ressenti des douleurs dans toute l'étendue du membre; la flexion de la cuisse est devenue impossible, mais celle du genou a continué à se faire dans les conditions normales.

Il y a *six mois* environ, c'est-à-dire à l'époque de son entrée à l'hôpital, l'état du malade s'est aggravé, il a perdu complètement l'usage de son membre.

A son entrée à l'hôpital, on a essayé de lui mettre un appareil silicaté qu'il n'a pas gardé. On a fait alors l'immobilisation de la jambe dans une gouttière qu'on a laissée trois jours en place. On a fait ensuite une simple compression de la cuisse avec une bande et de l'ouate qu'il a gardées à peu près deux mois. L'état du malade ne s'étant pas amélioré, on a eu recours à l'extension continue qui n'a été cessée que vers la fin du mois de mars. Avant la pose de cet appareil, le malade pouvait plier le genou, mais depuis cette époque la flexion est devenue impossible et en somme son état reste toujours le même.

Le malade part à Vincennes le 23 *mai* 1887; il marche avec des béquilles, son état général est satisfaisant.

Le malade revient de Vincennes le 21 *juin* sans amélioration dans son état.

On lui applique l'appareil de Verneuil vers le 10 *septembre*; il retourne à Vincennes le 27 *septembre* 1887; les douleurs articulaires ont disparu.

Le malade revient de Vincennes le 18 *octobre* 1887 avec l'appareil de Verneuil.

Le 17 *novembre*. — L'appareil est en place depuis neuf semaines.

Le 2 *décembre*, l'appareil est enlevé.

Le malade repart à Vincennes le 6 *décembre* 1887 ; *sa jambe gauche offre un raccourcissement considérable ; il marche bien avec des béquilles ; sa jambe gauche présente une ankylose partielle. — En résumé, amélioration.*

Observation 96 (inédite résumée). *Tuberculose testiculaire avec lésions prostatiques. — Cautérisation interstitielle profonde. — Amélioration mais persistance des trajets fistuleux.*

V... E..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle 3, n° 5, le 23 *août* 1886, service de M. Humbert suppléé par M. Bazy.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires sont incertains. Le malade n'accuse pas de phénomènes généraux ; il n'a pas maigri.

Le début de la maladie remonte à cinq mois.

État actuel. — On constate quelques râles fins à gauche, au sommet et en arrière. La prostate est un peu douloureuse et volumineuse à droite. Les deux vésicules séminales sont prises ; la droite principalement est fortement bosselée. — On lui prescrit quatre cuillerées d'huile de foie de morue créosotée et du vin de quinquina.

Opération. 7 *septembre* 1886. — M. Bazy incise largement chaque testicule au thermocautère, l'organe est littéralement fendu en deux et on applique un pansement à la gaze iodoformée sous forme de tampons.

Etat consécutif. — Le premier pansement est fait le 11 *septembre*, puis on fait le pansement tous les deux jours ; la plaie bourgeonne bien et se comble. Du 20 *septembre au* 1er *novembre* les bourgeons charnus affleurent la peau ; il ne reste bientôt plus qu'un orifice fistuleux avec bourgeons fongueux.

Mais à gauche il se produit de l'hydrocèle qu'une palpation méthodique fait refluer manifestement vers le canal inguinal. M. Humbert fait une ponction avec l'aspirateur de Dieulafoy et vide l'hydrocèle. Une demi-heure après l'hydrocèle s'est reproduite. Quatre jours après (6 *nov.*), sur les instances du malade, on fait une nouvelle ponction. L'hydrocèle se reproduit encore et le malade se résigne à la conserver, car il semble y avoir communication avec le canal péritonéal non oblitéré.

Le malade quitte le service avec son hydrocèle (13 *nov.*). Il ne subsiste plus que deux fistulettes, une à chaque testicule, sans suppuration appréciable.

Le malade est revu à la consultation dix jours après : l'hydrocèle a persisté.

Il est revu encore le 20 *janvier* 1887, *à gauche on constate une fistulette à écoulement séreux, et un épanchement abondant dans la vaginale. A droite, l'état est bon ; la cicatrisation est complète de ce côté.*

Observation 97 (inédite). *Ganglions tuberculeux de la fosse iliaque. — Incision. — Impossibilité d'intervenir plus radicalement. — Pas d'amélioration. — Amélioration ultérieure de l'état général et de l'état local. — Pas de guérison.*

B... E..., 27 ans, serrurier, entré à la Pitié le 29 *juillet* 1889, salle Michon n° 58, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort avec des symptômes d'ictère grave, la mère a succombé à un cancer de l'estomac, une sœur est morte toute jeune de convulsions.

Antécédents personnels. — Le malade n'a jamais craché le sang. A 11 ans il a eu une blépharite ciliaire et des gourmes en bas âge, il tousse depuis sept ou huit ans, pas d'hémoptysie.

Début de la maladie. — Au mois d'*avril* 1889 il commence à ressentir des douleurs au talon droit, puis dans les deux jambes à la partie moyenne et antérieure. Les jambes, surtout la droite, présentaient une teinte violacée. Au niveau des malléoles et du genou droit siège un gonflement assez considérable.

En mai 1889 (23 mai) les douleurs assez vives qu'il ressent l'amènent à l'hôpital (salle Rayer). Le salicylate de soude lui procure un soulagement immédiat. Les douleurs se calment peu à peu et au bout de trois semaines le malade sort complètement guéri.

Trois ou quatre jours après, les douleurs réapparaissent au niveau des deux cuisses et de la jambe droite. Le malade va se reposer en Bourgogne. Les douleurs gagnent l'abdomen. La fosse iliaque droite est surtout douloureuse. A l'aine du côté droit apparaît une tuméfaction dure, grosse comme une amande qui s'est assez vite abcédée et s'est ouverte au bout de

huit jours environ. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu une excoriation quelconque au membre correspondant ou aux parties génitales.

10 jours après sa plaie se ferme d'elle-même et se cicatrise sans pansement.

Le 13 juillet le malade rentre à Paris, après un séjour de trois semaines en Bourgogne. Il reprend son travail. Au bout de 10 jours les douleurs réapparaissent à la cuisse et dans le ventre.

29 *juillet*, entrée à l'hôpital.

État à l'entrée à l'hôpital. — Le malade se plaint de douleurs spontanées au niveau de la fosse iliaque, s'irradiant dans l'abdomen.

Au niveau de l'aine droite on constate la cicatrice d'un abcès au-dessous de laquelle se trouvent quelques ganglions indurés qui roulent sous le doigt.

Au niveau de la région de la fosse iliaque droite je remarque une tuméfaction du volume d'un œuf et qui paraît siéger dans l'épaisseur de sa paroi. Le palper profond semble plutôt indiquer qu'elle siège dans la fosse iliaque.

Du niveau de cette tumeur part un cordon peu volumineux mais induré, qui monte verticalement vers la région ombilicale.

Le palper de l'abdomen et de la cuisse à sa racine est légèrement douloureux.

État général. — Le poumon présente un peu d'expiration rude au sommet droit.

Au cœur on ne trouve rien.

La température est de 38° le soir.

Traitement. — On fait sur la partie douloureuse des applications d'onguent napolitain.

Les douleurs se calment un peu mais la tuméfaction ne semble pas se modifier.

La température oscille encore entre 37° et 38°.

Après quinze jours de ce traitement on le remplace par l'application sur la partie malade de compresses phéniquées. Puis on reprend la première médication.

Le 5 septembre les douleurs augmentent au niveau de la racine de la cuisse, où l'on trouve un empâtement profond. La tuméfaction située au-dessus de l'arcade crurale paraît plus nettement siéger au fond de la fosse iliaque.

Vers le 12 *septembre* MM. Ricard, Jalaguier, Clado croient obtenir de la fluctuation profonde en pressant alternativement au niveau de la fosse iliaque et de la racine de la cuisse. La température monte rarement à 38°.

Le 19 *septembre* M. Ricard se décide à intervenir. Il fait une incision évacuatrice qui ne sert qu'à l'exploration. On tombe sur des tissus indurés, lardacés ; on extirpe deux petits ganglions. Une incision pratiquée dans la fosse iliaque externe et pénétrant jusqu'au travers du fascia iliaca ne donne pas trace de pus.

On fait un plan de suture profonde, le tout avec les précautions antiseptiques d'usage, puis un dernier plan cutané avec du crin de Florence.

Le soir le malade vomit beaucoup (peut-être à cause du chloroforme).

Les jours suivants il va très bien.

La réunion n'est pas parfaite. Il y a un peu de suppuration (27 *septembre*).

4 *octobre*. La réunion est bonne, la cicatrice est linéaire. Le malade est guéri — mais de l'*opération seulement*. On lui applique une ceinture hypogastrique à pelote et il sort de l'hôpital sans aucune amélioration du côté des ganglions iliaques et sans aucun changement du côté de l'état général.

Nous le revoyons le 9 *mars* 1890 *: il persiste encore une sorte de plaque ganglionnaire indurée mais dont le volume est très réduit. L'état général s'est très heureusement modifié et le malade a engraissé de* 10 *ou* 12 *livres; pas de signes stéthoscopiques douteux, nous le soumettons au traitement iodoformé.*

Observation 98 (inédite, résumée). — *Ganglions cervicaux tuberculeux suppurés. — Incision. — Amélioration puis induration persistante. — Récidive imminente.*

B... entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, où il reste en traitement pendant un mois.

Son père a 52 ans, sa mère 46. Tous deux sont bien portants. Deux frères jouissent d'une bonne santé habituelle. Une sœur morte à l'âge de 4 ans.

Le malade a eu des « glandes » pendant l'enfance. La santé générale a toujours été bonne.

Il y a trois mois il s'est aperçu du développement insensible,

sans cause appréciable, en dehors de toutes douleurs dentaires qui, d'ailleurs, n'en pouvaient expliquer la production, de ganglions de la gaîne du sterno-mastoïdien.

En deux mois ces ganglions prennent le volume d'une noix et arrivent à suppuration : l'ouverture spontanée n'a pas eu lieu. Le malade entre à l'hôpital et après quelques applications de teinture d'iode on pratique l'incision : pus épais, filant, grumeleux. Le malade reste un mois à l'hôpital. A la sortie la suppuration persiste mais elle se tarit au bout de quinze jours. A ce moment tout orifice fistuleux a disparu.

Nous le revoyons le 19 *mars* 1890, *environ deux ans après son séjour à Necker. L'état général est excellent. Localement il n'y a pas trace de fistule, mais il reste au niveau de l'incision une induration ganglionnaire volumineuse, prête à suppurer de nouveau à la moindre cause occasionnelle.*

CHAPITRE III

Des succès thérapeutiques locaux

Tantôt au contraire, au lieu de ces longues rémissions que M. Verneuil regarde avec raison comme une trève, une paix armée, puisque le foyer est prêt à pulluler, il y a maintien total de la guérison obtenue à la sortie de l'hôpital, avec conservation des forces, de l'embonpoint, en un mot de l'état général, et absence de tuberculisation viscérale. C'est un des meilleurs résultats que l'on puisse obtenir puisque c'est le but que s'étaient proposé tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'éradication des tuberculoses locales considérées comme foyer d'infection. Malheureusement les exemples n'en sont pas bien nombreux quoique nous en puissions trouver quelques-uns dans nos notes : il faut pour cela qu'il n'y ait pas eu tuberculisation viscérale antérieure à l'opération, ou que celle-ci se soit amendée ou guérie. (Voir à ce propos page 356.)

Observation 99 (inédite, résumée). — *Adénopathie sous-maxillaire. — Tuberculose pulmonaire. — Grattage. — Succès opératoire persistant un mois après l'opération.*

R... J., âgé de 38 ans. Dessinateur. Entré le 22 *avril* 1887, salle Broca, n° 23, service de M. Polaillon.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort à 73 ans; sa mère à 72 ans; il a deux sœurs actuellement bien portantes. Sa première femme est morte en couches; il a trois enfants bien portants; cinq autres sont morts à l'âge de deux ans environ, les uns de la fièvre typhoïde, les autres de fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une bronchite, il y a trois ans; depuis il tousse l'hiver; il a toujours été maigre et a eu des sueurs nocturnes.

Il y a quatre semaines, le malade constate l'apparition d'une tumeur de petit volume au niveau de la glande sous-maxillaire ; cette tumeur cause quelques douleurs ; la dentition est d'ailleurs en excellent état. La tumeur, du volume d'une petite mandarine, s'étend du maxillaire à l'os hyoïde ; elle est peu mobile, ramollie, et l'on sent de la fluctuation à son sommet.

Le malade a eu il y a deux mois quelques hémoptysies; il présente en somme les symptômes nets de la tuberculose, râles humides et respiration rude.

26 *avril.* — On anesthésie le malade. Le ganglion est évacué ; on opère un grattage à la curette et l'on fait quatre points de suture au crin de Florence ; on place un petit drain dans l'angle de la plaie et on applique de la gaze iodoformée sur la région. Les points de suture comprennent les parties profondes.

Le soir le malade va bien.

27 *avril.* — On fait le même pansement que la veille, le malade va bien.

30 *avril.* — On refait le pansement et on enlève un fil.

Le malade veut sortir, il doit revenir se faire panser.

Le 22 *mai*, le malade est revenu *complètement guéri sans récidive ganglionnaire voisine.*

Observation 100 (inédite, résumée). — *Ganglions strumeux sous-maxillaires. — Extirpation. — Succès thérapeutique constaté deux ans après l'intervention.*

B. B..., couturière, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 23 *août* 1887, présentant des ganglions strumeux ulcérés, situés sous l'angle du maxillaire à gauche.

On veut l'endormir pour l'opération, mais la chloroformisation est rendue impossible par une crise hystérique. On n'en fait pas moins l'incision ; après dissection on extirpe les ganglions, on suture en laissant un drain dans la plaie et l'on applique un pansement phéniqué.

Le lendemain on trouve un thrombus énorme avec hémorrhagie par la plaie et l'on constate une bosse sanguine à ce niveau. Le tissu cellulaire est infiltré, aussi l'ecchymose

s'étend-elle jusqu'au niveau des seins. La réunion ne pouvant se faire, on enlève la suture, et après avoir extrait les caillots par expression, on lave et on applique d'abord un pansement phéniqué, puis iodoformé. Avec ce nouveau traitement la plaie bourgeonne et donne après un mois une cicatrice acceptable et cachée par l'angle du maxillaire.

En 1889, *c'est-à-dire deux ans après, j'ai revu cette malade dont la guérison est complète, mais on sent d'autres ganglions voisins en voie de développement.*

L'état général est excellent.

Observation 101 (inédite, résumée).

A. P..., entré le 5 août 1886, salle 4, n° 4, service de M. Bazy, à l'hôpital du Midi.

Bubon strumeux volumineux. Ablation totale par M. Bazy, le 29 août 1886. Cicatrisation lente. Sort le 9 octobre.

Nous le revoyons en mars 1890 : *la guérison est parfaite* et le malade va bien.

Observation 102 (inédite, résumée).

V. J., 22 ans, entre le 25 juillet 1887, salle Gerdy, n° 8, service de M. Polaillon.

Elle présente une arthrite fongueuse du genou gauche dont le début remonte à 16 ans ; cette arthrite traitée par les appareils n'a pas suppuré et s'est terminée par ankylose fibreuse angulaire. *Depuis plusieurs années la guérison s'est maintenue* et M. Polaillon procède au redressement sous le chloroforme et avec ténotomie des fléchisseurs.

Observation 103 (inédite, résumée).

M. L., 11 ans, entré le 4 décembre 1888, salle Michon, n° 43 *bis*, service de M. Verneuil.

Depuis l'âge de 7 ans, le malade a été traité pour une coxalgie. Extension, immobilisation, appareils. Les accidents aigus sont conjurés, mais depuis deux ans le malade reste avec adduction et flexion de la cuisse. Le 20 janvier 1889, redressement sous le chloroforme.

Sorti le 17 août 1889.

La guérison s'est bien maintenue.

Observation 104 (inédite). — *Pleurésie tuberculeuse. — Ponction, puis empyème, pas d'amélioration. — Incision d'un foyer pleurétique interlobaire enkysté. — Succès opératoire complet. — Pas de trajet fistuleux.*

S. J., 23 ans, épicier, entré le 7 juin 1887, salle Broca, n° 4, service de M. Polaillon.

D'après les réponses peu nettes du malade, il semble n'avoir ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels tuberculeux.

Vers le 13 *mai* 1887, il est pris d'anorexie et de faiblesse générale. On le soigne d'abord pour une fièvre typhoïde, puis on l'envoya à l'hôpital. Il entra chez M. Troisier, qui diagnostiqua une pleurésie tuberculeuse.

Le 3 *juin*, M. Troisier lui fit une ponction et retira trois quarts de litre de pus; le 11 *juin*, une seconde ponction donna un demi-litre de pus.

A la suite de ces interventions on le fit passer en chirurgie, chez M. Polaillon. Il a du subdelirium et 39° de température.

Le 28 *juin*, on lui fait une ponction à droite, au-dessus du foie, avec l'appareil de Potain, on retira environ 200 grammes de pus très épais; je constate la présence de bacilles tuberculeux.

Le 29 *juin*, on pratique l'empyème dans le sixième espace intercostal droit, on ne trouve aucune trace de collection purulente, on place deux drains et on fait un pansement de Lister. Le soir, le malade est très abattu, mais ne se plaint pas, il a 38°3.

Le 30 *juin*, la température descend à 37°, mais elle remonte le soir et oscille ensuite entre 37°3 le matin et 38°2 le soir.

Le 1er *juillet*, on fait le pansement, pas d'écoulement; on laisse un petit drain.

2 *juillet*. — Pansement, bon état.

3 *juillet*. — Pansement, l'état général s'améliore. On entend à l'auscultation de nombreux râles. La température monte à près de 39°.

4 *juillet*. — Pansement, l'état général devient meilleur.

5 *juillet*. — Le malade est oppressé et voudrait se lever. Le soir, l'état général est moins bon, le malade éprouve de la difficulté à se coucher dans certaines positions.

6 *juillet*. — Le malade va mal, respiration difficile, 39°1.

8 *juillet.* — On fait une ponction avec une grosse aiguille de Potain et on retire 75 centilitres de pus épais, consistant, verdâtre et non fétide.

11 *juillet.* — Température normale le matin. On ponctionne au trocart et on tombe dans la cavité purulente intrapulmonaire qui doit être située au niveau de la scissure interlobaire. On anesthésie alors le malade et le long du trocart on conduit un ténotome mousse avec lequel on débride ; on fait un lavage phéniqué, qui amène un flot de pus; on lave et on fait un pansement antiseptique, mais il sort un peu de sang et le pansement est traversé; on le refait après un autre lavage, il sort très peu de pus, l'état n'est pas mauvais.

12 *juillet.* — Pansement. La température monte à 38°4.

13 *juillet.* — Température 37°. On supprime un drain et on refait le pansement.

14 *juillet.* — Pansement.

15 *juillet.* — On panse. L'état général et local sont bons.

17 *juillet.* — — —

20 *juillet.* — — —

22 *juillet.* — Tube très court, plus de pus. La température s'égalise.

25 *juillet.* — On supprime le dernier drain. Très bon état.

Le 27 *juillet* il n'y a plus rien. L'état général est excellent, l'appétit est revenu et avec lui l'embonpoint et les forces. Le malade ne présente aucun signe de tuberculose.

Quant à la plaie, il y a des bourgeons un peu atones, à peine l'orifice du tube apparaît-il; il n'y a plus ni cavité, ni pus. On ne remet pas de drain, mais on fait un petit pansement iodoformé; l'orifice du drain est à peine visible.

Cas très intéressant et remarquable, car le malade sort *complètement guéri*, sans orifice fistuleux.

Nous avons de ses nouvelles plusieurs mois après sa sortie, la guérison est durable et l'état général est redevenu satisfaisant.

Les deux observations suivantes en sont encore un exemple.

Obs. LX (Bœckel, citée in thèse de Reboul). — Hydarthrose symptomatique d'une arthrite tuberculeuse du genou. Ponction. Lavage phéniqué à 2,5 °/₀. Ankylose. Guérison qui s'est maintenue depuis deux ans.

Obs. CCXCIII (Reboul, thèse de Paris, 1890, p. 244). — Hygroma tuberculeux retrocalcanéen. Excision. Grattage. Drainage et pansement au naphtol camphré. Guérison persistante constatée 5 mois après l'opération.

Il ne faudrait pas croire cependant que les récidives que nous signalerons plus loin doivent lasser la patience du chirurgien et faire perdre au malade tout espoir de guérison. Ce n'est parfois qu'après des tentatives multiples, après un siège en règle des lésions, que l'on peut obtenir le *succès opératoire et thérapeutique*, et nous en donnons pour preuve les observations suivantes.

Sous le titre « Ce que la chirurgie peut faire d'un tuberculeux », M. Richelot rapportait au *Congrès de la tuberculose* (page 634 des comptes rendus) le cas d'un sujet qui avait subi successivement :

1° *Un curettage de foyer ganglionnaire du cou, opération laborieuse;*

2° *Incision d'un foyer récidivé;*

3° *Résection du coude;*

4° *Grattage de foyer de la région du coude;*

5° *Nouveau grattage de la même région;*

6° *Troisième grattage de ces foyers;*

7° *Incision et grattage de la même région;*

8° *Incision et grattage de la même région,*

le tout de 1884 à 1887.

De notre côté nous avons pu recueillir les observations qui suivent, remarquables par la ténacité des lésions, la multiplicité des interventions et le succès final de celles-ci.

Observation 105 (inédite, recueillie par MM. Villar, Caussade et Thiéry). — *Abcès ossifluent de la région lombaire. — Ostéite tuberculeuse de la clavicule. — Synovite fongueuse du pied suppuré. — 1° Évidement et grattage de la clavicule. — 2° Drainage de la région lombo-costale. — 3° Incision du foyer synovial. — Récidive. — 4° Grattage de la synovite.*

— *Résultat immédiat : Succès opératoire pour la clavicule ; peu d'amélioration du côté du foyer costal. — Amélioration des lésions du pied. — Résultat éloigné : Succès thérapeutique en ce qui concerne le foyer claviculaire. — Récidive des lésions costales. — Nouvelle intervention. — Extraction d'un séquestre. — Amélioration à la sortie.*

H. N..., 18 ans, sellier, entré salle Saint-Pierre, n° 6, service de M. Le Fort.

Pas d'antécédents héréditaires ni d'antécédents personnels. Jamais de maladie jusqu'en 1883 (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 15 ans). A cette époque, le malade eut une pleurésie qui dura six semaines.

Il y a 1 an, il apparut sur la région postérieure de la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, un abcès complètement indolent qui s'ouvrit spontanément au bout de cinq ou six mois en donnant issue à une grande quantité de pus épais ; à peu près à la même époque apparaissait au-dessus de la clavicule droite un abcès qui s'ouvrit spontanément au bout de deux mois. Enfin, depuis un mois environ, le malade a constaté une tuméfaction située entre le bord interne du tendon d'Achille et le tibia du côté gauche.

On constate sur la partie moyenne de la clavicule droite une ulcération de l'étendue d'une pièce de deux francs, dont les bords sont rouges, indurés, et adhèrent intimement à l'os sous-jacent. Le fond de l'ulcération est constitué par une portion osseuse jaunâtre, irrégulière. Au-dessous, on trouve une cicatrice déprimée. Immédiatement au-dessus de la crête iliaque droite, et sur le trajet d'une ligne étendue de l'aisselle du même côté à cette crête, on constate une ulcération présentant sur sa moitié interne un large orifice donnant issue à du pus. Le stylet introduit dans cet orifice pénètre de 10 cent. environ dans la direction des côtes. On constate à la partie inférieure et postérieure de la jambe gauche, au point que nous avons signalé plus haut, une tuméfaction d'environ 15 cent. de longueur à partir de la malléole interne, indolente (sauf pourtant au niveau de la malléole interne), douloureuse à la pression, mollasse ; la peau a sa coloration normale, elle est mobile sur les parties profondes. Les mouvements de la jambe ne sont nullement gênés. Du côté des poumons, on trouve de la matité au sommet droit, avec un peu de frot-

tement vers la partie moyenne. Le poumon gauche est sain.

Opération. — Le 7 *décembre*, le malade étant endormi, M. Le Fort fait une incision de la peau suivant la direction de la clavicule. Il décolle le périoste et enlève trois séquestres de moyennes dimensions ; il fit ensuite un grattage de l'os pour éliminer tout le tissu nécrosé. On remplit la cavité de la clavicule évidée avec du coton hydrophile imbibé d'alcool camphré, et on applique un pansement humide camphré. En second lieu, on passe un trocart de Chassaignac dans la fistule aboutissant à la crête iliaque droite, on fait une seconde ouverture et on laisse un drain dans la plaie.

8 *décembre au* 5 *janvier*. — Les plaies suppurent un peu, elles n'ont cependant pas mauvais aspect ; le malade manque d'appétit. Insomnie.

6 *janvier* 1887. — Ouverture d'un abcès froid en arrière de la malléole interne du côté gauche ; issue d'un pus grumeleux, strié de sang ; application d'un pansement humide camphré avec compression.

7 *janvier*. — Changement du drain du côté droit, et mise en place d'un drain de plus petit calibre.

15 *janvier*. — Les plaies suppurent toujours beaucoup. Formation aux orifices de bourgeons atones. Injections de teinture d'iode au 1/3 dans le trajet fistuleux du côté droit.

1er *février*. — On enlève un séquestre de la plaie claviculaire. Toujours beaucoup de suppuration. On continue les injections de teinture d'iode et les pansements humides camphrés.

15 *février*. — La suppuration continue, et il ne se fait aucun travail de cicatrisation. On panse l'abcès claviculaire avec de l'onguent styrax ; cautérisations au nitrate d'argent, on suspend les injections iodées. Pas de changement de l'état local.

17 *mars*. — L'état général a commencé depuis quelque temps à s'améliorer. Le malade ne maigrit pas. L'exploration par la sonde cannelée de la plaie costale ne conduit sur aucune surface osseuse dénudée. La suppuration est toujours assez abondante à ce niveau. Un stylet introduit dans la plaie du pied gauche ne cause aucune douleur et ne conduit pas sur une surface osseuse dénudée. Cette plaie donne toujours un

peu de pus épais et grumeleux, mais ce pus examiné par M. de Gennes ne contient aucun bacille.

18 *mars*. — Opération. — Le malade étant endormi, on passe un trocart à drainage dans le trajet, entre les deux orifices costaux ; on fait une incision s'étendant de l'un des orifices à l'autre. On trouve ce trajet rempli de fongosités que l'on enlève à la curette tranchante ; sous l'aponévrose dorso-lombaire, on trouve un diverticulum dont on fait le grattage après avoir incisé au thermocautère le pont aponévrotique. On agit de même pour deux autres diverticulums de deux centimètres environ que l'on trouve en haut et en bas du trajet fistuleux. Nulle part on ne trouve de trajet fistuleux aboutissant à un os.

Toutes les fongosités enlevées, on lave la plaie avec de l'eau phéniquée au vingtième. On applique un pansement humide camphré compressif. Les jours suivants, douleurs intenses du côté de la plaie, perte d'appétit et peu de sommeil.

25 *mars*. — La plaie bourgeonne bien et donne peu de pus. Les douleurs ont disparu ; le malade mange et dort assez bien. La plaie claviculaire pansée avec du styrax continue à suppurer et ne s'améliore pas beaucoup. La plaie du pied gauche ne suppurant presque plus, on la panse au diachylon.

5 *avril*. — Bon état général. La plaie costale diminue d'étendue et de profondeur ; elle bourgeonne bien et suppure peu.

14 *avril*. — La plaie claviculaire paraît s'améliorer. La plaie costale continue à se rétrécir. Mais depuis quelques jours, le malade se plaint de vives douleurs au niveau de la plaie du pied gauche et au-dessus de cette plaie, et l'on constate sur une étendue de 10 ou 12 centimètres un peu de gonflement, de rougeur et de fluctuation. Après avoir endormi le malade, on fait à ce niveau une incision de 3 centimètres avec le bistouri ; il sort du pus grumeleux, mal lié et mélangé de sang noir. On réunit les deux ouvertures par un drain de petit calibre ; lavage et pansement humide.

14 *mai*. — La plaie du thorax est à peu près cicatrisée, mais il reste à sa partie moyenne un orifice par lequel s'écoule du pus et qui conduit à une surface osseuse. Les autres plaies sont en voie de cicatrisation lente. La plaie du pied gauche présente un aspect fongueux, ses bords sont renversés, saillants, de couleur rouge violacée. L'état général est bon ; le malade prend de l'huile de foie de morue.

18 *mai.* — État général et local bons. On panse la plaie costale avec de la teinture d'iode et de la vaseline. La plaie du pied va bien, quoique étant un peu douloureuse.

1er *juin.* — La plaie du pied devient de plus en plus douloureuse, notamment la partie comprise entre les deux orifices. Pansement humide.

9 *juin.* — Opération. — Le malade étant endormi, on nettoie avec la curette tranchante les deux orifices du pied, on enlève les fongosités qui remplissent le trajet compris entre ces deux orifices ; lavages, introduction d'un drain, pansement humide. Un peu de fièvre le soir.

10 *juin.* — Plus de fièvre, bon état général.

Juillet 1887. — Le malade sort dans les premiers jours de juillet ; la plaie claviculaire est entièrement cicatrisée en août. Mais l'orifice fistuleux sous-costal continue à suppurer. Le malade continue à travailler ; le stylet introduit dans l'orifice fistuleux pénètre de 10 cent. environ et atteint un point nécrosé des côtes inférieures extrêmement douloureux. Il reste un trajet fistuleux au pied.

7 *février* 1888. — Le malade rentre à l'hôpital ; il est porteur d'une large cicatrice claviculaire avec dépression en godet correspondant au curage osseux ; la cavité ne s'est pas comblée, malgré la conservation du périoste. Le malade porte en outre au niveau du flanc droit une fistule qui suppure abondamment et est située au niveau des cicatrices des opérations antérieures.

21 *février.* — Le malade étant chloroformé, on introduit dans la fistule costale un stylet, on incise au thermo-cautère sur une longueur de 10 à 12 cent. On tombe sur une cavité fongueuse que l'on gratte à la curette ; on tombe alors sur une côte épaissie éburnée. Au-dessus on trouve un séquestre que l'on extrait. Suture et pansement.

22 *février.* — Le malade a souffert, la nuit a été mauvaise. Sensation de brûlure.

23 *février.* — Pansement. On enlève trois points de suture. Les eschares se forment.

24 *février.* — Des douleurs se manifestent dans le bras droit ; pas de douleurs axillaires.

26 *février.* — Pansement. On enlève un point de suture. Assez bon état. Les eschares du thermo-cautère commencent à se détacher.

27 *février*. — Le matin, hémorrhagie notable sans cause appréciable et qui se reproduit à deux reprises. Il y a épanchement de sang sous la peau. L'hémorrhagie est arrêtée par la compression. A midi, l'hémorrhagie s'est reproduite. Je suis obligé de désunir et d'enlever des caillots très nombreux ; c'est une intercostale qui donne. Elle est située trop haut pour être liée. Je porte à son contact des tampons d'ouate hydrophile qui assurent la compression. Pansement.

28 *fevrier*. — L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite.

29 *fevrier*. — L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. On purge le malade.

1er *mars*. — Pansement. Bon état. Plus d'hémorrhagie.

18 *mars*. — On rapproche par des sutures sèches qui laissent passer les bourgeons charnus. Le bourgeonnemeut marche franchement.

26 *mars*. — On fait des greffes avec de la peau prise sur la face antérieure de l'avant-bras.

8 *avril*. — Pansement tous les deux jours. On excite les bourgeons avec la teinture d'iode. Les greffes ont pris, mais ne se développent pas. La plaie présente un aspect légèrement pultacé.

12 *avril*. — On panse les bourgeons atoniques au styrax.

23 *avril*. — La cicatrisation avance. Un point douloureux subsiste, mais le malade peut se coucher sur le côté.

1er *mai*. — La plaie se cicatrise lentement ; le point douloureux n'est pas excessivement vif ; c'est un phénomène psychique, car le malade dit ne pas le réveiller quand il appuie *lui-même*.

7 *mai*. — Le malade demande à aller à Vincennes. La plaie opératoire n'est pas complètement cicatrisée, l'état général est satisfaisant.

Observation 106 (inédite). — *Ostéite de l'ischion. — Electrolyse. — Échec. — Incision. — Échec. — 2e incision suivie de grattage : Amélioration. — 3e opération, Extraction d'un séquestre. — Guérison. — L'état général s'améliore sensiblement. — Amélioration persistante.*

T... A., entré à l'hôpital Necker, service de M. Le Fort, salle Saint-Pierre, n° 1.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Malade à antécédents scrofuleux. Fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans.

Le 11 *mai* 1886, le malade est déjà entré une première fois à l'hôpital. Il avait reçu quatre mois auparavant un coup de pied de cheval à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche. Il survint dans la suite un abcès gros comme un œuf de poule siégeant sur la fesse gauche. Cet abcès s'ouvrit de lui-même et produisit une fistule qui amenait le malade à l'hôpital.

Traitement : incisions et mèches de styrax.

Le malade est sorti au mois de novembre, non amélioré.

Il accusait des douleurs au niveau de l'ischion quand il s'asseyait.

La suppuration continuait, légère, mais il n'est pas sorti de séquestre.

Etat à l'entrée à l'hôpital.

Le 15 *juin*, il rentre à l'hôpital avec une plaie à la région plantaire gauche, faite par un débris de verre.

Au niveau de la fistule, il n'y a pas de suppuration.

Le stylet s'y introduit facilement, mais ne rencontre nulle part une surface osseuse. Il y a au fond de la poche fistuleuse plusieurs trajets. Deux surtout sont bien marqués : l'un se dirigeant vers la face postérieure du fémur, l'autre passant en haut et en arrière et semblant gagner l'ischion. L'exploration n'est pas douloureuse et ne provoque pas d'hémorrhagie. La hanche du même côté ne présente rien d'anormal.

État général assez satisfaisant : cependant le malade dit avoir notablement maigri, avoir moins d'appétit et être moins vigoureux qu'avant ces accidents.

22 *juin.* — Séance d'électrolyse de 5 minutes. On introduit dans le trajet un stylet en argent que l'on met en communication avec le pôle négatif, l'autre pôle étant placé sur la région fessière.

24 *juin.* — Suppuration franche de la fistule. On place un drain presque au fond du trajet,

6 *juillet.* — La suppuration continue toujours abondante. On raccourcit provisoirement le drain.

23 *juillet.* — Nouvelle séance d'électrolyse.

25 *juillet.* — La suppuration est modérée, mais le tube à drainage s'enfonce toujours de la même longueur.

4 *août.* — Le malade étant chloroformé, M. Kirmisson fait un débridement au thermocautère sur la sonde cannelée

en incisant la fesse et en mettant à nu tout le trajet fistuleux jusqu'à l'ischion qui ne paraît pas nécrosé : le doigt introduit dans la plaie permet de l'atteindre et même de le contourner en dedans, dans la fosse ischio-rectale.

16 *août*. — On renouvelle le pansement tous les jours.

20 *août*. — La cicatrisation marche lentement : de plus, peut-être par suite d'un pansement défectueux, cette cicatrisation est faite à la superficie avant que la région profonde soit réunie. On comble le trajet de gaze iodoformée.

10 *septembre*. — Le malade se plaint depuis plusieurs jours de douleurs dans toute la partie postérieure de la cuisse. De plus il appelle l'attention sur une tuméfaction étendue depuis le pli fessier jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, tuméfaction dure, assez profonde et ne donnant pas de fluctuation.

Du côté de la plaie, rien de particulier.

20 *septembre*. — La partie supérieure de la tuméfaction se ramollit et quand on y exerce une pression continue, on fait sourdre une sérosité louche par la plaie opératoire.

10 *octobre*. — L'état de la plaie est toujours le même, mais le malade est pâle et amaigri.

20 *octobre*. — On chloroformise de nouveau le sujet et M. Kirmisson débride la plaie. Il constate que la fistule remonte jusqu'à l'ischion qui est dénudé. En passant un trocart de Chassaignac par la partie postérieure de la cuisse, il le fait ressortir à la partie moyenne et place un drain de part en part, après avoir gratté l'ischion.

11 *novembre*. — Bon état général.

Suppuration toujours abondante. Le trajet se cicatrise peu à peu. On passe un nouveau drain d'un volume moindre. État général excellent. La suppuration a légèrement diminué : on place un drain de moindre diamètre.

1er *février* 1888. — La fistule existe toujours ainsi que la plaie fessière.

6 *février*. — Un stylet courbe introduit pénètre de 10 cent., mais ne peut atteindre l'ischion.

9 *février*. — 3e opération, anesthésie. On passe un stylet qui n'arrive pas sur des portions osseuses dénudées.

Incision large, suivant l'ancienne ligne cicatricielle au thermo. Les tissus incisés sont peu vasculaires. On tombe sur un cul-de-sac granulo-fongueux que l'on vide à la curette : pas de surface osseuse. On bourre la cavité de tampons d'ouate

isolés de la surface de la plaie par une compresse imbibée d'alcool camphré.

10 *février*. — Bon état, le malade n'a pas souffert et a un peu dormi.

13 *février*. — Pansement, larges lavages, l'état général est bon.

14 *février*. — Pansement, état satisfaisant.

16 *février*. — Il existe au niveau du tiers supérieur de la cuisse un trajet fistuleux par lequel on peut introduire un stylet qui rejoint le trajet incisé le 9 février.

29 *février*. — Cicatrisation avancée. Rien de particulier. Pas de constipation.

23 *mars*. — Deux trajets fistuleux. On arrive sur l'os, mais il n'est pas dénudé.

8 *avril*. — La cicatrisation marche très lentement. Il existe au niveau du trajet inférieur une plaque inflammatoire indurée.

29 *avril*. — Cicatrisation lente.

7 *mai*. — Nouvelle exploration. On ne tombe pas sur une portion d'os dénudé. Le trajet inférieur communique toujours avec le trajet supérieur.

8 *mai*. — 3e opération, anesthésie par le méthylène. Longue incision au galvano-cautère, puis au thermo-cautère, reliant les deux orifices fistuleux; on ne trouve d'abord pas de point osseux dénudé, mais en insistant on tombe sur deux séquestres, le plus volumineux étant aplati et mesurant 29 millimètres. On n'essaie pas la réunion. Pansement camphré.

9 *mai*. — Pas de pansement. Etat satisfaisant.

15 *juin*. — Il n'existe plus de trajet fistuleux aboutissant à un point osseux dénudé. Bon état général. La plaie a très bon aspect; le malade a repris beaucoup d'embonpoint.

Le malade reste dans le service après notre départ le 1er *février* 1889.

Nous avons de ses nouvelles en 1890. *Il est tout à fait bien portant, et travaille; nous ne savons s'il y a eu récidive de fistules.*

Observation 107 (inédite, résumée). — *Abcès tuberculeux de l'anus. — Tuberculose pulmonaire. — Incision. — Récidive*

en trois mois. — Nouvelle opération. — Guérison persistante cinq mois après.

P... C., âgé de 53 ans, serrurier, salle Michon, n° 59. *Entré le 15 septembre* 1889, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires. — Nuls. A déjà eu il y a trois mois deux abcès à l'anus dont un a été opéré par l'incision. Bronchite tuberculeuse en janvier 1889; tousse depuis sans avoir craché de sang.

Le malade a sur la fesse droite un abcès ancien qui remonte très haut.

Le 22 septembre, le malade est anesthésié par le chloroforme et je fais l'opération par la méthode de la sonde cannelée et du thermocautère.

Pendant l'opération, il y a une alerte causée par la chloroformisation ; la respiration ayant cessé brusquement, on est obligé de saisir vivement la langue du malade avec des pinces; la respiration se rétablit aussitôt.

Par suite des mouvements qu'a faits le malade, la fesse est atteinte par le manche du thermocautère; il en résulte une plaie plus large que d'ordinaire et par suite la cicatrisation s'opère plus lentement; cette cicatrisation réussit pourtant à se faire et un mois après l'opération, le 22 *octobre*, il ne subsiste plus qu'une petite plaie bien granuleuse de la marge de l'anus.

Je revois le malade le 1er mars 1890. *La guérison locale s'est maintenue. L'état général est en statu quo satisfaisant. Les sommets présentent de petits râles humides de tuberculose non douteuse.*

Observation 108 (inédite, résumée).

H... L., 30 ans, entré le 23 décembre 1889, salle St-Landry, service de M. Verneuil.

Il est porteur d'une fistule anale consécutive à un abcès indolent tuberculeux de la marge de l'anus. Antécédents scrofuleux. Incision au thermocautère. Le malade sort presque guéri le 20 janvier 1890. Au bout de dix jours, *la plaie opératoire s'est étendue* et suppure encore pendant quelque temps, puis cicatrisation presque totale ; *nouvelle extension* des fongosités et retour de la suppuration. Nous le revoyons le 10 mars 1890. Le *succès thérapeutique est parfait* et l'état général satisfaisant.

Nous trouvons dans Collon (*Thèse de Berne*, 1886) l'observation suivante qui figure dans la thèse de Reboul sous le n° CLXXXIV : *Arthrite tuberculeuse du coude — Résection du coude. — Persistance de fistules. — Nouvelle résection. — Guérison.*

Le succès thérapeutique n'est pas d'ailleurs fatalement lié au succès opératoire bien que dans la plupart des cas, le second soit une condition nécessaire du premier ; de ce qu'un malade quitte l'hôpital non guéri il ne faut pas admettre que toute guérison spontanée sera impossible et que le bénéfice de l'intervention est perdu : certains demi-succès opératoires peuvent entraîner à plus ou moins longue échéance un succès thérapeutique complet. En voici la preuve :

Observation 109 (inédite, résumée). — *Fongosités rétromalléolaires. — Incision. Grattage. — Demi-succès opératoire. — Succès thérapeutique persistant.*

Le nommé D... Ch., âgé de 44 ans, bouvier, entré le 23 *juillet* 1889 à l'hôpital de la Pitié, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 57.

Antécédents. — Le malade n'a pas d'antécédents de famille; son père vit encore bien portant ; il a trois enfants, tous en bonne santé. Lui-même n'a jamais été malade.

Débuts. — *Le 10 juillet*, dans la gare de Belfort, cet homme portait un lourd fardeau sur son dos, quand il fit un faux pas et tomba ; il se releva et ne reçut aucun soin jusqu'à son retour à Paris. En arrivant il va trouver un rebouteur qui, après un massage, lui applique une bande. Il reste couché chez lui jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 23 juillet.

Etat actuel. — On constate que l'articulation est tuméfiée, rouge, douloureuse. L'aspect est celui d'une lymphangite suppurée. Il est immobilisé dans une gouttière.

Opération. — 29 *juillet.* — Croyant à un abcès périarticulaire, M. le Pr Verneuil fait une incision en arrière de la malléole externe, et tombe sur des fongosités non purulentes. Une incision suivie de grattage est pratiquée le long de la malléole interne. On fait le drainage en passant en avant du tendon

d'Achille, et ensuite l'immobilisation et la compression avec un bandage qui recouvre le pansement.

Le 4 août on applique un appareil plâtré pour bien immobiliser la jointure, et on pratique une fenêtre dans l'appareil au niveau des malléoles afin de pouvoir faire le pansement.

Résultat. — Le malade n'a pas de fièvre ; il s'écoule du pus par le drain. Les soins consistent en lavages au sublimé et pansements iodoformés.

Le 16 *août* il sort sur sa demande, et comme il n'est pas guéri, il conserve son appareil.

On revoit le malade le 9 *octobre;* il est complètement guéri et fait remonter sa guérison au 9 septembre.

Il m'écrit de nouveau en mars 1890 ; *la cicatrisation parfaite s'est maintenue. Il travaille sans fatigue ou douleur ; l'état général est excellent.*

Incidemment nous rapprocherons de l'observation précédente la suivante qui, non seulement a trait au même sujet, mais où la marche a été sensiblement la même.

Obs. CCXXXIX (*Th. de Reboul.* Ardle.) Tuberculose localisée autour du tendon d'Achille. Incision. Raclage. Guérison lente, mais durable.

Observation 110 (inédite). — *Bubon strumeux volumineux. — Extirpation. — Cicatrisation lente. — Demi-succès opératoire. — Succès thérapeutique.*

M... L., âgé de 29 ans, employé de commerce, a été atteint *en* 1884, pendant son service militaire, d'un chancre syphilitique ayant donné un bubon double suppuré, dont on fit l'incision au régiment. Les deux bubons se sont cicatrisés en trois mois.

Entré en 1887, dans un service de médecine pour une entérite, il passa quelques jours après en chirurgie.

Il paraît avoir eu une plaque muqueuse à la lèvre et au scrotum ; il a eu de grands maux de tête, mais pas de chute de cheveux.

Le chancre avait débuté quinze jours ou trois semaines après le coït. Il fut traité par l'iodure de potassium pendant trois mois.

Son état général est bon. Il ne tousse pas. Il a bon appétit et n'offre pas de lésions stéthoscopiques. La diarrhée, pour laquelle on l'avait reçu en médecine, est entièrement disparue.

Dès son entrée en chirurgie, il prit du sirop de Gibert et de l'arséniate de soude.

Le bubon gauche est actuellement tout à fait cicatrisé. Le bubon droit, depuis un an, a pris un volume considérable; quoique toujours un peu plus volumineux que l'autre, il a à présent le volume du poing. La peau est rouge, adhérente, fistuleuse. Il s'écoule un liquide séro-purulent. Un ganglion sous-maxillaire gauche, induré et non suppuré, atteint le volume d'une petite mandarine.

On incise suivant son grand axe la tumeur qu'on énuclée le 15 *juin* 1887. On ne va pas jusqu'aux vaisseaux et cependant des ligatures multiples sont nécessaires. On fait une suture avec plusieurs points de Florence, et on applique un pansement de Lister humide, légèrement compressif.

On inocule le 18 juin ce pus à un jeune cobaye de 150 gr. sous la peau de l'abdomen et à une souris grise également sous la peau de l'abdomen. Résultat positif en quinze jours.

22 *juin*. — La température monte de 37°6 à 38°6. On fait le pansement. La suture est assez bonne; mais il y a du gonflement et de la rougeur. On enlève les deux petits drains devenus insuffisants et on les remplace par un drain moyen plus volumineux.

Le soir, le malade a des sueurs profuses; on lui administre 0,50 c. de sulfate de quinine et 2 gr. de chloral.

23 *juin*. — Constipation qui cesse sous l'action d'un lavement.

24 *juin*. — On enlève le pansement et on retire quelques points de suture. On fait des lavages phéniqués et la suture cède sur une petite partie de son étendue.

28 *juin*. — Nouveau pansement. La plaie est rouge et fétide.

7 *juillet*. — L'état est bon. On fait un nouveau pansement. La réunion est satisfaisante.

11 *juillet*. — Le malade sort, va à Vincennes le 12 juillet et est presque guéri.

Le 27 juillet, le malade est revu. Il n'est pas encore complètement guéri et il reste une légère suppuration.

Je revois le malade en 1889; *la guérison est parfaite et la*

cicatrice est bonne sans trace de fistule. Etat général bon stationnaire.

Observation 111 (inédite, résumée). — *Enorme abcès froid de la cuisse. — Ponction puis injection d'alcool camphré et d'éther ; pas d'amélioration, nouvelle ponction. — Demi-succès opératoire. — Plus tard succès thérapeutique complet.*

L... D., blanquetier, âgé de 25 ans, entre le 19 *novembre* 1888 dans le service de M. Le Fort, à Necker, salle Malgaigne, n°17. Comme antécédents personnels, ce malade de bonne santé habituelle (pas de toux, d'hémoptysie) est atteint d'une névralgie sciatique, pour laquelle, il y a un an, on a fait des pointes de feu. Père et mère bien portants. Sœur morte de « fièvre cérébrale ».

Il y a huit jours, il s'aperçoit que sa cuisse est augmentée de volume, bien qu'elle reste indolente et sans gêne pendant la marche ; cette augmentation ne peut être attribuée à aucun traumatisme, à aucune chute.

Actuellement il présente une tuméfaction considérable de la partie externe et supérieure de la cuisse gauche, saillie remontant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure pour descendre à huit travers de doigt au-dessous; en largeur elle mesure cinq grands travers de doigt, en somme elle a un volume assez considérable.

La peau n'a subi aucun changement de coloration ou de souplesse; la tumeur est molle et paraît fluctuante dans le sens perpendiculaire à l'axe du membre; elle est fixée en partie par les contractions du triceps crural et pendant ces contractions il est difficile de percevoir la fluctuation.

Du côté du pli de l'aine nous ne trouvons pas de ganglions, pas de hernie ; le membre inférieur ne présente aucune lésion; du côté de la colonne vertébrale on ne trouve rien. Il n'y a aucun point douloureux si ce n'est ceux que le malade a rapportés à une sciatique. Un médecin consulté en ville a pensé à un abcès froid, mais aucun traitement n'a précédé l'entrée à l'hôpital.

Première intervention, le 20 novembre. — On fait avec un trocart une ponction exploratrice dans un point qui semble fluctuant, aucun liquide ne sort, bien que le trocart ait été

enfoncé assez profondément. Il n'y a rien dans la fosse iliaque.

Deuxième intervention, le 28. — Nouvelle ponction faite avec le Potain, le trocart est plongé presque perpendiculairement en un point où la saillie devient considérable au moment de l'élévation de la cuisse ; il sort alors le pus caractéristique des abcès froids (270 gr.). On fait un lavage d'eau alcoolisée camphrée, puis on injecte une grande quantité d'éther pur qu'on laisse quelques minutes en contact avec la poche, le malade éprouve peu de douleur. On évacue l'excès d'éther, et on applique du collodion.

Jusqu'au 10 *décembre*, il n'y a aucun changement, la fluctuation subsiste.

Troisième intervention, le 12 *décembre.* — Nouvelle ponction suivie d'un lavage à l'éther, on a retiré cette fois 125 gr. de pus.

Le 17 *décembre*, le malade sort de l'hôpital, mais il y a encore du liquide dans la poche, il n'éprouve cependant aucune douleur; la marche n'est pas gênée, il se lève du reste depuis une huitaine de jours.

Il revient nous voir sur notre demande en mars 1890. *Depuis son retour chez lui il n'a pas suivi de traitement interne et a repris son travail; il se porte bien, ne tousse pas, n'a pas de pointes pleurétiques, embonpoint stationnaire. La guérison locale est absolue et l'on ne peut, même avec de l'attention, distinguer la trace laissée par l'intervention.*

Observation 112 (inédite, résumée). — *Ostéite tuberculeuse du rocher. — Fistules. — Trépanation. — Demi-succès opératoire. — Plus tard, succès thérapeutique.*

B... G., âgé de 15 ans 1/2, se présente à la consultation de la Pitié, le 26 *août* 1889, et entre salle Michon, n° 29 (service de M. Verneuil), il est atteint depuis six ans d'une ostéite moyenne, avec écoulement purulent du conduit auditif externe, il porte depuis quinze jours une fistule derrière le pavillon de l'oreille, dans la région mastoïdienne. C'est un petit strumeux, débile, lymphatique. Père et mère bien portants.

Le 1er *septembre.* — M. Ricard le trépane à la gouge; on ne trouve d'abord pas trace de pus, mais en creusant plus pro-

fondément on rencontre de la suppuration. On ne fait pas de réunion. Des bourgeons charnus se forment rapidement, on est même obligé de réprimer leur exubérance par le nitrate d'argent. Aucune douleur, aucune réaction fébrile. Le malade sort le 28 *septembre*, il est revu le 8 *octobre ;* il présente encore une petite fistule et des bourgeons charnus, son état général est parfait : il continue les injections boriquées.

Je revois le malade le 9 *mars* 1890 *: il est tout à fait guéri : pas de fistules mastoïdiennes; plus aucun écoulement par l'oreille, ainsi que nous avons pu nous en assurer malgré le dire de la mère. La santé générale est bonne.*

CHAPITRE IV

Des cicatrices vicieuses et des récidives locales

Parmi les résultats éloignés et comme faisant transition entre ces résultats proprement dits relativement favorables et les complications, il y aurait tout un chapitre à écrire sur les guérisons en apparence durables obtenues au prix de sacrifices et de difformités telles qu'elles constituent, une véritable infirmité. Nous ne voulons pas parler des amputations et des résections qui par la gravité des lésions qui les ont nécessitées échapperaient au reproche ou au blâme, mais des mutilations qu'il a fallu parfois faire subir à un malade pour aboutir finalement à l'extirpation de quelque ganglion ou de quelque abcès froid. Sans parler des balafres de réunion primitive qui quoique apparentes sont rarement disgracieuses, beaucoup d'auteurs ont insisté avec raison sur les *cicatrices vicieuses ou difformes* du cou (voir page 133), on sait qu'elles font parfois le désespoir des malades, et comme à la suite des recherches de Verneuil, des publications de Verchère, Mattéi, Reclus, nous avons appris à traiter ces affections par des interventions de petite chirurgie, nous devions mentionner cette variété des résultats éloignés, complication puérile en vérité, mais que la majorité des malades met au rang des plus déplorables infirmités.

Nous prions le lecteur de se reporter à la page 135 qui en contient un bel exemple ; plus récemment encore nous en

avons observé un cas curieux où les interventions multiples sur le cou avaient produit de telles cicatrices difformes, qu'il y avait lieu de penser à la cicatrisation vicieuse d'une brûlure : il y avait même léger degré de torticolis d'origine cutanée par rétraction vicieuse de la peau.

D'autre part les phénomènes locaux qui peuvent se produire soit au foyer d'opération, soit en tout autre point, constituent non seulement des suites éloignées, mais par leur persistance et leur gravité pronostique fâcheuse, ce sont de véritables complications.

Or ces complications peuvent affecter trois types bien différents : le plus commun, il est presque banal en pareille matière, c'est la *récidive sur place*. Une lésion est guérie, une résection, je suppose, le malade reprend son travail et revient longtemps après sa sortie.

A l'occasion d'une cause futile, une chute, un coup, la diathèse se réveille, il y a poussé aiguë, et la fistulisation recommence. Et cela indépendamment du temps écoulé depuis l'opération, indépendamment de l'amélioration générale obtenue, C'est le sort de bien des foyers tuberculeux, que l'opération ait été partielle ou complète, si le foyer seul a été détruit *in situ* et les exemples abondent. Nous en citerons quelques-uns sous le titre : *Récidive locale à longue échéance.*

Nous n'aurions pas de peine à établir un chiffre fabuleux d'observations où la récidive s'est montrée tenace et impitoyable : ils abondent dans les thèses de Eonnet et Bernard élèves de notre maître ; ils abondent encore dans la thèse de Leroux, à tel titre que cet auteur croit pouvoir conclure :

1° *Que jusqu'alors* (1880) *on n'a guère obtenu que des succès opératoires ;*

2° *Que l'insuccès thérapeutique a été la règle.*

Opinion assurément fondée qui dès 1853 (*Traité des tumeurs blanches*. Bruxelles) portait Crocq à penser que la tuberculose

pulmonaire étant démontrée, l'amputation elle-même devenait impuissante.

Voici quelques observations citées dans la thèse de Reboul où il y eut récidive locale et où il fallut intervenir de nouveau et pratiquer l'amputation.

Obs. CLI (Collon. citée in thèse de Reboul). — Arthrite fongueuse des articulations tibio-tarsienne et talo-calcanéenne. Résection. Irrigation au bismuth 1 °/₀. Suppuration. Fièvre hectique. Amputation.

Obs. CLX (Collon, citée in thèse de Reboul). — Arthrite fongueuse de la hanche. Résection. Guérison. Récidive d'un abcès dans le voisinage de la hanche.

Obs. CLXXV (Collon, in th. de Reboul). — Arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne et talo-calcanéenne. Résection. Irrigation au carbol. Intoxication phéniquée. Echec opératoire total. Amputation.

Obs. CLXXVI (Collon, in th. de Reboul). — Ostéo-synovite tuberculeuse du naviculaire et des cunéiformes. Résection. Irrigation phéniquée. Suppuration interminable. Amputation.

Obs. CXCVI (Collon, in thèse de Reboul). — Arthrite fongueuse au coude. Résection du coude. Pas de guérison. Fièvre hectique. Amputation.

Les observations suivantes qui ont trait au même sujet et qui montrent toute la gravité des lésions tuberculeuses des articulations font partie de la statistique personnelle que M. Bœckel a publiée dans le n° 1 de la *Gazette médicale de Strasbourg* 1890.

Obs. IV. — Ostéo-arthrite suppurée. Fistules. Résection. Guérison après *amputation*. Dégâts osseux trop étendus qui contre-indiquaient l'arthrectomie et même la résection dans ce cas.

Obs. VIII. — Id. Deuxième opération au bout de quatre mois, nécessitée par récidive des fongosités. La deuxième résection a porté en pleine diaphyse fémorale. L'amputation avait été refusée. Guérison avec fistules sous cinq pansements. Au bout de quatre mois *amputation*, nécessitée par hémorrhagie grave par la fistule.

Autopsie du membre réséqué après quatre mois : fémur déjeté en dehors, rattaché au tibia, qui est luxé en dedans, par une masse fibreuse résistante. Foyer à la face postérieure du tibia, communiquant avec la fistule par où s'est produite l'hémorrhagie.

Obs. XV. — Arthrite fongueuse suppurée. Forme *osseuse*. Résection. Guérison. *Amputation* nécessitée par récidive des fongosités dans les parties molles. La consolidation était presque absolue au moment de l'amputation, c'est-à-dire six semaines après la résection.

Obs. XXIV. — Arthrite tuberculeuse suppurée. Fistules multiples. Forme *synoviale*. Adénites du cou, de l'aine, opérées antérieurement. Résection. Guérison avec suppuration. Pansements fréquents. Consolidation au bout de quatre mois. Fistules.

Au bout de quatre mois, récidive des fongosités dans le creux poplité et les parties molles périarticulaires, nécessitant plusieurs grattages. Puis, *amputation* consécutive et mort d'hémorrhagie foudroyante au bout de quelques jours.

Nos observations personnelles sont également fort nombreuses.

Nous pourrions nous borner à une simple énumération des cas de récidive locale que nous avons observés, mais quelques-uns de ces cas n'ayant pas été enregistrés sous forme d'observation, font partie des notes recueillies aux cliniques de M. Verneuil et sont cependant inédites.

Observation 112 (bis) (inédite, résumée). — Amputation du bras, pratiquée le 25 février 1889, à la Pitié, pour une récidive de tumeur blanche qui avait nécessité la résection quatorze ans auparavant. Opéré à cette époque par Broca, le malade n'a pas guéri et il n'est pas mort; donc *ni succès opératoire, ni succès thérapeutique;* aussi M. Verneuil l'ampute pour pouvoir obtenir un succès opératoire qui amène un succès thérapeutique.

Un jour on a essayé d'intervenir chez ce malade par le grattage des fistules : il y a eu une hémorrhagie considérable nécessitant la ligature de l'humérale.

Observation 113 (inédite, résumée). — *Ulcération tuberculeuse des amygdales à récidives multiples. — Pas de guérison persistante malgré les topiques et la cautérisation actuelle.*

A. V..., entre le 24 octobre 1889, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 53; 20 ans, tourneur en cuivre.

Antécédents. — Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. Lui-même n'a jamais été malade.

Début. — Depuis l'âge de douze ans, ce jeune homme travaille dans une cuivrerie. Depuis trois ans, il porte sur les amygdales des ulcérations qui sont survenues à la suite d'une angine.

A son entrée, ces ulcérations de la grandeur d'une amande, à bords taillés à pic, et à fond grisâtre, siègent sur la face interne de chaque amygdale. Il y a quelques ganglions indurés dans la région sous-maxillaire des deux côtés.

1er *novembre.* — On fait des attouchements à la teinture d'iode et on prescrit l'iodoforme à l'intérieur.

3 *novembre.* Le malade dit avoir été traité dans le service de M. Verneuil par les pointes de feu, et affirme que chaque fois qu'il sort, les ulcérations reparaissent.

Il sort de l'hôpital bien amélioré, les ulcérations ont beaucoup diminué, et sont presque nulles.

20 *février* 1890. — Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade n'a suivi aucun traitement. Actuellement l'amygdale droite est le siège d'une ulcération ovale, pouvant avoir trois à quatre millimètres de longueur, deux centimètres de large; cette amygdale a diminué de volume et est très petite. Celle de gauche est volumineuse et ulcérée à sa face antérieure. L'ulcération est ronde, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes; les bords sont dentelés, taillés à pic, le fond bourgeonnant et grisâtre.

Le malade éprouve de la difficulté pour avaler; la douleur n'est pas plus accentuée pendant la nuit et le malade dort bien; l'appétit est bon, il ne tousse pas.

Les ganglions de la région sous-maxillaire n'ont pas augmenté, ils sont stationnaires.

Le malade a un écoulement datant de deux mois, non traité.

L'épididyme est un peu gros et induré, et je crains une épididymite phymateuse.

Son état général est toujours bon; il n'a aucun commémoratif tuberculeux depuis sa sortie.

Il revient me voir en mars 1890, *les ulcérations restent stationnaires sans tendance à la guérison.*

Observation 114 (inédite, résumée). *Mal de Pott. — Fistules dorso-lombaires récidivantes.*

M. R..., entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, n° 36, service de M. le professeur Verneuil, le 16 *février* 1889. Le début de l'affection remonte à deux ans; la malade à ce moment a déjà présenté les symptômes du mal de Pott et a eu à cette époque des abcès ossifluents multiples de la région dorsale. Elle est pâle, anémiée, presque cachectique. Les poumons présentent des lésions non douteuses de tuberculose.

La malade a été de service en service; chez M. Polaillon où elle a été soignée. Actuellement la région dorsale est le siège d'orifices fistuleux multiples, à travers lesquels le stylet conduit sur des foyers d'ostéite vertébrale. *A diverses reprises, la malade traitée par l'incision et les topiques s'est crue guérie, les fistules s'étant fermées, et toujours il y a eu récidive coincidant avec la dépression de l'état général sous l'influence de fatigues et de privations multiples.*.

Faute de place, la malade ne peut rester dans le service.

Observation 115 (inédite). — *Scrofulide du médius.— Echec des topiques. — Incision. — Amélioration à la sortie. — Ultérieurement récidive et même aggravation.*

G. Ch..., âgé de 16 ans, journalier, service de M. Le Fort à Necker, n° 48, a eu le médius droit pris dans une porte, — *il y a huit ans*, — c'est un sujet strumeux.

Il en résulta une petite écorchure à la face dorsale du doigt, près de la matrice de l'ongle. Cette petite plaie eut de la tendance à s'étendre. Le malade n'appliqua d'ailleurs aucun pansement. Peu à peu la plaie envahit toute la peau de la dernière phalange. Elle était recouverte de croûtes noirâtres.

Il y a trois ans, la plaie se cicatrise au niveau de la face palmaire. Le doigt n'a jamais augmenté de volume d'une

façon notable. Le malade ne souffrait pas, si ce n'est un peu l'hiver. (Il est du reste sujet à avoir des engelures.)

Les mouvements des articulations des deux dernières phalanges n'ont jamais été compromis. Le malade a été soigné *en août* 1887, à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, pour une *pleurésie gauche, sèche.*

Quand il vient nous consulter, nous constatons sur les deux tiers externes de la face dorsale de la troisième phalange et de l'articulation, une ulcération superficielle à bords irréguliers et non saillants, à surface plane, sans bourgeons, atone et non recouverte de croûtes.

A sa partie inférieure, la plaie un peu plus profonde atteint le rebord de la matrice épaissie de l'ongle.

L'ongle est incurvé et présente de nombreuses stries longitudinales. Il n'est jamais tombé.

On constate aussi au côté interne de la première articulation phalangienne une petit tumeur arrondie, légèrement rosée, très mobile sur le côté interne de l'articulation qui est du reste absolument indemne. Le volume de cette tumeur est celui d'un haricot. Elle est fluctuante et n'est douloureuse que si on la presse fortement. Le début de cette tumeur remonte à dix jours et elle a augmenté peu à peu, sans cause appréciable et sans douleur. (Une sœur du malade fut opérée, il y a trois ans, en 1885, à l'hôpital Necker, pour une tumeur analogue, du volume d'une noisette, située au même endroit, mais à la main gauche.)

L'état général du malade est bon. Il ne tousse pas, la respiration du côté gauche est seulement un peu plus faible que celle du côté droit.

On touche la plaie avec de la teinture d'iode. Elle prend un meilleur aspect; quelques petits bourgeons rouges apparaissent et elle se rétrécit peu à peu.

23 *février.* La petite tumeur que le malade porte au niveau de la première articulation phalangienne du même doigt, se ramollit. On l'ouvre et il en sort du pus.

29 *février.* — La petite tumeur suppure encore; mais le fond bourgeonne. La plaie va bien ; elle a déjà bien diminué, il sort amélioré. *Mais le mal récidive et retrouvé en* 1890 *(mars), il présente une dactylite suppurée grave pour laquelle il y aura lieu d'intervenir.*

Observation 116 (inédite, résumée). — *Gomme tuberculeuse. — Grattage. — Succès opératoire. — Récidive, un mois et demi après.*

J. J..., 18 ans, entré salle Broca, n° 25, service de M. Polaillon, le 17 *février* 1887.

Ce malade entre à l'hôpital pour une gomme tuberculeuse suppurée, située sur la face dorsale du poignet droit et ouverte spontanément.

On pratique largement, le 18 *février* 1887, le grattage à la curette tranchante des parties tuberculeuses mortifiées et on fait un pansement à l'iodoforme.

En quelques jours, la guérison est complète.

Le 5 avril, on revoit le malade : la gomme suppure encore et il s'est produit des fongosités. On refait un pansement : il est en complète récidive.

Le 19 août, le malade est à peu près guéri et l'on oblitère l'ulcération restante avec du collodion.

Observation 117 (inédite, résumée). — *Ostéite tuberculeuse du fémur. — Grattage. — Succès opératoire. — Récidive un mois après.*

M... L., 36 ans, journalier, entré le 20 juin 1889, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 42 *bis*.

Début de l'affection. — Le début de cette affection remonte au mois de février 1889, époque à laquelle le malade entra à Laënnec, pour un abcès situé au niveau du condyle interne du fémur gauche : il offre des antécédents strumeux, ostéite de métacarpiens, ganglions cervicaux.

Le 27 avril 1889, on pratique l'ouverture de l'abcès et le grattage. On suture la plaie après avoir mis un drain. La réunion par première intention est parfaite au bout de quinze jours.

Après ce laps de temps, le malade sort de l'hôpital, guéri, et reprend son travail.

Il y a huit jours, il se forma au niveau de l'ancienne cicatrice un nouvel abcès qui vint à suppurer.

Actuellement, le malade a au niveau de son ancienne cicatrice deux petites plaies de un centimètre et demi de long, sur un demi-centimètre de large.

Le 2 *juillet*, il quitte l'hôpital pour aller à Vincennes : il reste une *fistule avec suppuration persistante.*

Observation 118 (inédite, résumée). — *Tumeur blanche du coude et tuberculose ganglionnaire sous-maxillaire. — Traitement de l'arthrite par l'immobilisation. — Traitement interne. — Extirpation du ganglion. — Succès opératoire pour l'une et l'autre affection. — Récidive ganglionnaire deux ans après.*

C. S..., fumiste, âgé de 16 ans, entré *le* 11 *mai* 1887 à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, n° 25, service de M. Polaillon. Il présente des antécédents scrofuleux. En mars 1887, il eut à faire dans une cave un travail très pénible : le lendemain, il s'aperçut que son coude gauche le faisait souffrir; il n'en continua pas moins à travailler, jusqu'au moment où son état nécessita son entrée à l'hôpital.

A ce moment, on observe que les mouvements d'extension et de flexion sont très restreints, de même que la rotation de l'avant-bras. Il a en outre une petite tumeur sus-épitrochléenne, douloureuse à la pression; l'articulation est légèrement déformée et tuméfiée. Enfin, il présente un ganglion sous-maxillaire droit scrofuleux. On lui fait prendre deux cuillerées d'huile de foie de morue iodée, une cuillerée de sirop d'iodure de fer. M. Polaillon porte le diagnostic de tumeur blanche du coude. Pas de lésions pulmonaires. État général assez satisfaisant.

Le 29 *mai*, on applique un plâtre avec attelle postérieure en flexion à angle droit; mais dès *le* 22 *mai*, on s'était aperçu que le ganglion du cou augmentait considérablement. Une première application de teinture d'iode avait été faite *le* 28 *mai;* l'augmentation persistant, on en fit une seconde le 4 juin; enfin *le* 10 *juin*, comme la tumeur devenue considérable présentait des points ramollis, on y injecta un quart de seringue de Pravaz de teinture d'iode. A partir de ce moment, le ganglion se ramollit peu à peu; il devient fluctuant; *le* 4 *juillet*, il pointe sous la peau et est prêt à s'ouvrir, on en fait l'extirpation. Après avoir suturé la plaie au crin de Florence, on la recouvre d'un pansement de Lister humide. Le lendemain (5 *juillet*), on constate un peu de suppuration, mais dès *le* 6, la plaie est détergée. Le pansement, refait *le* 9 *et le* 15 *juillet*, confirme cette amélioration.

D'autre part, *le* 19 *juillet* on enlève le plâtre; les mouvements du bras, toujours limités, ne sont pas douloureux. Le malade part *le* 25 *juillet* pour Vincennes; sa plaie opératoire à peu près guérie.

Le malade est revu le 29 *juillet* 1889, *l'état du coude est stationnaire. Du côté du cou il y a récidive locale avec fistulisation de la cicatrice.*

Observation 119 (inédite, résumée). — *Synovite tuberculeuse du pied. — Compression. — Amélioration passagère. — Récidive. — Incision. — Guérison non durable. — Deuxième récidive.*

M... J., âgé de 36 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, *le* 21 *septembre*, service de M. le professeur Verneuil, salle Michon, n° 62.

Ce malade a déjà été traité dans le service, où on a immobilisé le pied et appliqué la compression.

Il sort et marche bien, *puis rentre à l'hôpital avec un pied éléphantiasique*, énorme, inflammatoire, avec empâtement considérable du côté des gaines périmalléolaires. On fait une vaste incision du côté interne, et il s'écoule du pus séro-grumeleux en abondance (inoculation positive). On place un drain. Le pied reste très gros. On enlève le drain, et la plaie opératoire guérit, mais le pied reste énorme, éléphantiasique. Néanmoins le malade marche bien.

On avait agité la question d'amputation du membre, que le malade a d'ailleurs énergiquement refusée.

Le malade sort de l'hôpital le 24 *octobre* 1889.

Il marche bien et peut reprendre son travail : sauf la gêne provoquée par le volume du membre il *n'en souffre* nullement.

Deux mois après il revient dans le service; récidive complète des fongosités rétro-malléolaires.

Observation 120 (inédite, résumée). — *Fistules anales multiples, déjà opérées deux fois. — Récidive. — Intervention. — Amélioration.*

D... J., 42 ans, entré à la Pitié, service de M. Polaillon, salle Broca, n° 33.

Ce malade présente de nombreuses fistules (5 ou 6) à l'anus :

développement indolent, pus épais des abcès. Tuberculose pulmonaire probable. A l'examen : le tissu cellulaire périnéal est induré, phlegmoneux; les fistules présentent des végétations fongueuses et suppurent. On ne trouve rien au toucher rectal.

Le malade *a déjà été opéré deux fois*, et l'on a porté le diagnostic de bacillose.

On fait l'incision de toutes les fistules au thermo-cautère sur la sonde cannelée.

On fait ensuite tous les jours un pansement iodoformé et des lavages phéniqués; le malade sort seulement amélioré.

Observation 121 (inédite, résumée). — *Abcès tuberculeux de la marge de l'anus. — Incision. — Récidive deux ans après.*

S... Ch., 25 ans, ébéniste, entré le 7 février 1888, salle Saint-Pierre, n° 20, service de M. Le Fort.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours joui d'une bonne santé; il n'a eu ni abcès ni hémorrhoïdes avant 1886, époque à laquelle il a eu un abcès *spontané* à droite de la marge de l'anus; au bout de cinq jours, un chirurgien ouvrit cet abcès au bistouri; il en sortit du pus épais, mais il resta de l'infiltration autour de l'incision. Au bout de dix jours environ, cette incision était complètement fermée. Il ne restait depuis aucun orifice fistuleux, mais on constatait une induration locale.

Il y a six semaines, le malade s'aperçoit de l'apparition d'une nouvelle tuméfaction non douloureuse qui siège au niveau du premier abcès. Le malade attribue cette tuméfaction au ramollissement de l'induration persistante; il en sort un pus sanguinolent.

Actuellement, on constate un petit orifice fistuleux siégeant en avant et notablement en dehors et à droite de la marge de l'anus sur la fesse droite; cet orifice est très petit et non saillant.

On passe un stylet qui pénètre de 6 à 7 centimètres sans traverser la muqueuse rectale; ce trajet, un peu oblique, tend à gagner la partie postéro-latérale du rectum. Le malade ne souffre même pas au moment de la défécation; il réclame un

traitement à cause de l'écoulement purulent et de l'intertrigo qui en résulte.

Il sort le 10 février pour refus d'opération.

Observation 122 (inédite, résumée). — *Fistule anale. — Opération. — Récidive un an après.*

L... A., 19 ans, employé, entré le 11 août 1887, salle Broca, n° 48, service de M. Polaillon (Pitié)

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une fistule anale qui a été opérée au thermocautère dans le service, il y a un an; la cicatrisation a été complète à cette époque, mais à la suite de privations et de rude travail, la récidive s'est faite huit mois après l'opération. Actuellement on constate un peu d'écoulement purulent qui disparaît à la suite du repos pris par le malade et du régime suivi (huile de foie de morue, créosote, liqueur de Fowler).

Le malade sort *le 28 août : la fistule paraît guérie.*

Nous pouvons citer l'observation suivante, ayant trait à une récidive locale, comme un remarquable exemple de récidive tardive.

Observation 123 (inédite, résumée). — X..., 17 ans, salle Gerdy, n° 21, service de M. Polaillon. Cette malade a été traitée dès l'âge de trois ans, par M. Verneuil, pour une tumeur blanche du genou. Immobilisation. Appareils. Guérison qui ne se dément que *quatorze* ans après, à l'occasion d'une chute.

Fistulisation. Résection en 1890 par M. Polaillon.

Observation 124 (inédite, résumée). — X..., 29 ans, salle Broca, n° 30, service de M. Polaillon. Ostéite tuberculeuse d'un métacarpien en 1889. Extirpation du métacarpien malade. Guérison momentanée. *Récidive dans la gaine voisine.* Propagation à l'avant-bras. *Amputation* de l'avant-bras en avril 1890.

Observation 125 (inédite, résumée). — S... H., 32 ans, entré le 19 décembre 1889, salle Saint-Landry, n° 47, service de M. Verneuil. Abcès d'origine osseuse situé au niveau de la région sacrée. Déjà traité il y a plusieurs mois par M. Kirmisson par les injections (?) d'éther iodoformé. Guérison puis *récidive locale qui nécessite de nouvelles interventions.*

Observation 126 (inédite, résumée). M... L., 57 ans, entré le 30 mars 1887, salle Broca, n° 45, service de M. Polaillon. Ostéite costale du thorax, côté gauche. Début il y a plusieurs années. Il y a un an *première intervention;* il y a six mois *deuxième intervention* (incision, grattage), toutes deux suivies de succès. Puis *récidive 2 mois après*, au niveau des cicatrices anciennes. *Suppuration et fistules multiples.* Etat général assez bon.

Observation 127 (inédite, résumée). — J... H., 55 ans, entré le 31 août 1887, salle Broca, n° 13, service de M. Polaillon. Début de synovite tuberculeuse des gaines tibio-tarsiennes, il y a cinq mois; traitement par les pointes de feu et la compression. Guérison passagère. Le malade reprend son travail. *Nouvelle poussée aiguë* qui amène le malade à l'hôpital.

Observation 128 (inédite, résumée). — C... L., 34 ans, entré le 22 octobre 1887, salle Broca, n° 8, service de M. Polaillon. Depuis deux ans ce malade présente une carie de la huitième côte gauche. M. Maunoury a ouvert et gratté à Chartres le premier abcès formé et il y a eu amélioration notable malgré la persistance d'un petit trajet fistuleux. Trois mois après cette intervention, apparition de *nouveaux abcès et fistulisation* de la région. Le malade offre de plus des lésions pulmonaires très avancées.

Observation 129 (inédite, résumée). — J... Ch., 16 ans, entré le 1er décembre 1887, salle Broca, n° 33, service de M. Polaillon. Tuberculose du cordon et de la tête de l'épididyme ayant donné lieu à une intervention il y a huit ou dix mois. Guérison et cicatrisation complète. Puis *poussée aiguë du côté de l'épididyme* dont les lésions sont très accusées au jour de l'entrée.

Observation 130 (inédite, résumée). — P... H., 40 ans, entrée le 21 mars 1887, salle Gerdy, n° 24, service de M. Polaillon. Début de l'affection il y a vingt ans : ostéite lombo-iliaque avec fistules traitées à ce moment. Cicatrisation complète des trajets fistuleux. Apparence de guérison. Puis il y a dix ans, apparition d'un *trajet fistuleux* qui disparaît spontanément. *Nouvelle récidive* persistant depuis quatre ans et aggravée en dernier lieu par la *fistulation de la région.*

Observation 131 (inédite, résumée). — L... M., 19 ans, entrée le 16 janvier 1888, salle Gerdy, n° 21, service de M. Polaillon. Ostéite tuberculeuse du fémur gauche à l'âge de sept ans; consécutive à une chute sur le genou. Fistulisation de la région. Incision et grattage. Guérison. Cicatrices parfaites. Puis *fistulisation* à l'âge de quinze ans; *entre en pleine récidive.*

(Le diagnostic d'ostéomyélite a été rejeté).

Observation 132 (inédite, résumée). — M... O., 19 ans, entrée le 17 mars 1887, salle Gerdy, n° 21, service de M. Polaillon. Coxalgie ancienne datant de cinq ans. Résection il y a un an. Assez bon résultat immédiat et oblitération en quelques mois des trajets fistuleux. Depuis deux mois il s'est reproduit *des fistules* dont l'une au pli de l'aine, et d'autres dans la région trochantérienne. Il y a de plus *ostéite iliaque.*

Observation 133 (inédite, résumée). D... J.-E.. 44 ans, entré le 2 septembre 1887, salle Broca, n° 45, service de M. Polaillon. Carie costale; première opération par M. Anger, il y a huit mois. Amélioration : il reste cependant un petit trajet fistuleux; puis il survient des *abcès récidivants* et pullulation de fongosités; *fistulisation de la région.*

Observation 134 (inédite, résumée). — H... Aug., 60 ans, entré le 12 octobre 1887, à la Pitié, salle Broca, n° 23, service de M. Polaillon. *Abcès froid costal, il y a quarante-huit ans,* en 1839; grattage, guérison; *deuxième abcès* très étendu en 1870. Ouverture spontanée. Fistule. *Troisième abcès* en 1880. Au moment de l'entrée *vaste abcès costal* avec fusées multiples nécessitant une intervention sérieuse.

Observation 135 (inédite, résumée). — N... P,, entré en mai 1887, salle Broca, n° 25, service de M. Polaillon. Le malade présente à ce moment une tuberculose très nette des ganglions axillaires. Depuis quelques jours il y a eu poussée aiguë et la masse est en voie de suppuration. Mai 1887, incision, drainage. Il reste longtemps un trajet fistuleux; le tout se termine par la guérison. Nous revoyons le malade un an après (mai 1887); il y *a récidive avec nouvelle poussée du côté des ganglions axillaires* et tendance à la suppuration.

CHAPITRE V

Des récidives de voisinage et de la récidive ascendante

Dans un second mode de récidive qui est plus intéressant, la tuberculose affecte volontiers la marche du cancer, et c'est ordinairement lorsqu'il y a eu opération complète avec suppression totale du foyer : un sujet présente une arthrite du pied par exemple, on ampute ou on résèque : il guérit. Plus tard le genou est pris ; nouvelle intervention, amputation le plus souvent. Et la tuberculose suit sa marche *ascendante*, intéressant chaque segment du membre ; le malade subit opération sur opération jusqu'au jour de la cachexie. Les lésions peuvent être polymorphes et l'arthrite du genou n'est pas fatalement la conséquence d'une tuberculose ostéo-articulaire du pied (1) ; la lésion initiale a été parfois minime, une ulcération cutanée, une gomme ; dans ces cas encore les malades invoquent volontiers un traumatisme et l'on rapporte la pathogénie à la théorie du *locus minoris resistentiæ*.

En voici quelques observations recueillies dans les services de M. Polaillon et de M. Verneuil. (Ces faits sont d'ailleurs fréquents et notre travail en contient de nombreux exemples disséminés dans divers chapitres) ; ce sont des exemples de *récidive de voisinage* et de *récidive à distance*.

(1) Nous publions un cas où la récidive eut lieu *14 ans* après l'amputation de la jambe et se fit dans le testicule (observation 139).

Observation 136 (inédite). — *Arthrite tarsienne. — Grattage. — Récidive immédiate. — Résection partielle. — Récidive nouveau grattage et nouvelle résection. — Récidive, amputation de jambe. — Succès opératoire. — Récidive dans la tête du péroné, six mois après.*

Le nommé S. E..., âgé de 25 ans, charron, entre à la Pitié, le 11 juin 1889, service de M. Verneuil, salle Michon, n° 51.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère du malade auraient toujours été bien portants; il en est de même de son frère ayant actuellement 27 ans. Quant à sa sœur mariée depuis quelques années et mère de deux enfants de bonne constitution, elle serait atteinte depuis trois ans environ, de douleurs dans la colonne vertébrale, avec faiblesse des membres inférieurs (mal de Pott.)

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels du malade sont assez nombreux.

Dès son enfance, nous signalerons des gourmes et une *conjonctivite* chronique qui ne guérit que vers 9 *à* 10 *ans. A* 12 *ans*, il a une fièvre intermittente, *à* 16 *ans*, une fièvre typhoïde. *A* 22 *ans* (1886), il eut à la face externe du talon un petit abcès, non douloureux, n'ayant déterminé qu'un peu de rougeur de la peau, et avec lequel il put continuer son travail pendant trois mois.

A cette époque, il entre dans le service de M. Verneuil, l'articulation tibio-tarsienne droite étant prise depuis quelques jours. On applique un cautère au niveau de l'abcès; la cicatrisation est obtenue au bout de quatre semaines, après lesquelles le malade est envoyé à Vincennes.

Le gonflement de l'articulation n'ayant pas complètement disparu à sa sortie de Vincennes, il fait des badigeonnages à la teinture d'iode, tout en travaillant.

En juin 1887, il survient une épistaxis rebelle qui nécessite son entrée à l'hôpital, et le tamponnement de l'orifice postérieur des fosses nasales.

Vers la fin de 1887, l'articulation tibio-tarsienne droite devint le siége d'un gonflement notable, malgré lequel le malade continue à travailler; il applique des cataplasmes et de la teinture d'iode; peu à peu se forment des abcès qui s'ouvrent et deviennent fistuleux.

Au mois de mai, 1888, il entre à l'hôpital Saint-Louis, pour arthrite fongueuse avec fistules. Le 16 mai on fait le grattage du calcaneum et du cuboïde et le 18 juillet suivant on opère l'ablation de ces deux os.

Le 8 novembre, la cicatrisation n'ayant pas été obtenue, on se décide à une nouvelle intervention : on enlève un nouvel os du tarse et on fait le grattage. Enfin *le 30 novembre*, on pratique l'amputation de la jambe gauche au tiers supérieur. On fait le drainage et la réunion immédiate. Dix jours après l'opération, le malade se lève, muni d'un appareil articulé, et part pour Vincennes (*26 janvier*), sans suivre de traitement interne.

Etat actuel. — Le malade qui a repris son métier de charron et travaille depuis sa sortie de Vincennes entre à l'hôpital le 11 juin, pour une collection purulente, datant de huit jours et formée *au niveau de la tête du péroné*, un peu au-dessus du moignon. La peau n'a pas changé notablement de couleur; l'articulation du genou est légèrement enflammée, la douleur presque nulle.

Le traitement consiste en injections d'éther iodoformé *le 15 18 et 25 juin*, et en poudre d'iodoforme à l'intérieur.

Outre cette manifestation de tuberculose qui de la diaphyse où elle siégeait auparavant s'est reportée sur l'épiphyse de l'os, le malade présente au niveau du frein de la verge une ulcération syphilitique primaire.

Le 27 juin, le malade quitte l'hôpital ; il viendra se faire faire des injections deux fois par semaine ; il continue à prendre de la poudre d'iodoforme à l'intérieur et on lui prescrit en outre un traitement spécifique.

Les observations suivantes ont déjà été consignées dans les *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil.

Obs. (Verneuil. T. II, p. 713.) — Scrofule. Ostéo-arthrite du pied. Amputation sous-astragalienne pratiquée en 1852. Guérison pendant deux ans; *récidive dans l'articulation tibio-tarsienne*. Amputation de la jambe immédiatement au-dessus des malléoles. Guérison presque complète. Mort en 1856 des progrès de la scrofule. Autopsie du moignon. *Carie des extrémités osseuses.*

Obs. (Verneuil. Amput. de Chopart. Tome II, 719. Obs. I.) — Ostéite tub. du premier métatarsien à l'âge de quinze ans. Amputation du premier métatarsien. *Récidive*. Amputation de Chopart. *Nouvelle récidive*. On propose l'amputation de jambe et plus tard celle de cuisse.

Obs. (Verneuil. *Ibid.*, page 724. Obs. II.) — Amputation de Chopart en 1851, puis ostéo-arthrite du pied gauche. Cicatrisation en deux mois. Résection de séquestres et grattage des trajets fistuleux dix-huit mois après. Amputation du premier métatarsien du côté droit en 1853 (récidive à distance). *Formation de trajets fistuleux tarsiens droits*. Mort de tuberculisation pulmonaire en 1855.

Mais ce n'est pas tout encore et dans une clinique du 18 février 1889, M. Verneuil ajoutait un post-scriptum à l'histoire d'un de ses malades qui déjà opéré au pied revenait avec *une ostéo-arthrite du genou*. Rapproché du précédent ce second fait montre bien la ténacité de semblables lésions. M. Verneuil appliqua lui-même un silicate ; la douleur du premier moment disparut bientôt et le malade malgré une tuberculose pulmonaire des plus nettes parut dans un état satisfaisant. Or il survint de l'œdème et notre maître crut un instant que l'appareil était trop serré. Par hasard il appliqua la main sur le ventre, le malade étant en résolution ; or la paroi resta dure d'un côté et non de l'autre, et il fut facile de percevoir la présence d'un énorme abcès, d'où œdème et compression grave pour le pronostic et qui eût pu être très sérieuse si l'on était intervenu autrement, si l'on avait amputé par exemple — Nous rapprochons de ce fait le suivant que nous trouvons dans une communication de M. Guinard, au Congrès de la tuberculose. (*Douleurs persistantes dans les moignons des amputés tuberculeux.*)

L'auteur rapporte l'observation d'un tuberculeux amputé par M. Verneuil et qui, après l'opération, souffrit beaucoup de son moignon et de son pied enlevé. En examinant attenti-

vement ce malade, M. Verneuil reconnut chez lui l'existence d'un abcès para-osseux dans le petit bassin et d'une collection purulente comprimant les nerfs du plexus sacré. M. Verneuil fit l'aspiration du pus et injecta à la place de l'éther iodoformé à 5 p. 100. Quand le malade se réveilla, après l'opération, il se plaignait de douleurs extrêmement intenses, ce qui s'expliquait par ce fait que l'éther iodoformé exerçait la même compression que le pus. Après deux ou trois jours, les douleurs disparurent et le malade fut complètement guéri après une seconde injection.

L'observation suivante a trait à une récidive de voisinage.

Observation 137 —(inédite résumée.) *Coxalgie guérie par ankylose. — Abcès péri-trochantériens récidivant à plusieurs années de distance.*

La nommée D..., âgée de 48 ans, employée, est entrée à la Pitié, *le* 6 *janvier* 1888, service de M. Polaillon, salle Gerdy, n° 18 *bis*.

La malade est atteinte d'une ancienne coxalgie droite guérie par ankylose depuis plusieurs années. *Il est apparu depuis quatre mois un abcès froid de la région trochantérienne avec plaies ulcéreuses, décollement de la peau et fistules.*

L'affection étant essentiellement chronique, M. Polaillon ne peut garder la malade dans le service et elle sort le 9 janvier.

Observation 138 (inédite, résumée.)— *Ganglions sous-maxillaires tuberculeux. — Incision. — Demi-succès opératoire. — Récidive dans les ganglions voisins.*

H. P..., 32 ans, cordonnière, entrée le 26 *janvier* 1889, salle Lisfranc, n° 25, service de M. Verneuil.

Pas d'antécédents héréditaires, ses parents ne sont pas tuberculeux.

Le 26 *janvier*, quand la malade entre à l'hôpital, la tumeur est dure, et du volume d'un petit œuf.

Le 28 *janvier*, on pratique une petite incision (la malade a été endormie à cause de son excitabilité), et on recueille le

pus dont l'inoculation est positive. Après l'opération, on place un drain dans la cavité, et jusqu'au 2 février on fait le pansement deux fois par jour et on lave avec des injections détersives.

Le 2 février, la cavité est réduite de moitié; on y met un drain de 4 à 5 millimètres.

Le 5 février, il reste quelques ganglions indurés; on badigeonne à la teinture d'iode au-dessous du tube.

Le 10 février, l'abcès suppure encore.

Le 15 février, on retire le drain. La guérison est presque complète. La malade peut sortir.

Le 25 février, je revois la malade : il y a encore un peu d'infiltration le long du sterno-mastoïdien. *Un petit ganglion mobile est apparu devant la clavicule gauche*, il est douloureux. On prescrit la liqueur de Fowler et les pilules d'iodoforme.

CHAPITRE VI

Des récidives à distance

Dans un troisième ordre de faits, la récidive a lieu *à distance* et mieux encore que dans le cas précédent elle témoigne de l'infection générale. Au congrès de chirurgie de 1889, M. le Dentu faisait observer que la multiplication des lésions ne constituait nullement une contre-indication au traitement chirurgical de quelques-unes d'entre elles et que bien au contraire la guérison de l'une pouvait entraîner la disparition spontanée d'une autre. M. le Dentu appuie sans doute ces faits sur des observations probantes et c'est une particularité de plus à noter dans la variété déjà si remarquable des allures que peut affecter la tuberculose chirurgicale.

Mais on peut d'autre part observer une allure inverse et noter chez des sujets non tuberculeux (nous voulons dire ne présentant pas de lésions viscérales) l'*éclosion de foyers distants* de tuberculose après l'ablation d'un foyer primitif. N'est-ce pas à de pareils faits qu'il faut rapporter les grossiers préjugés du public, voire même de quelques anciens chirurgiens qui regardaient ces lésions comme des émonctoires nécessaires (écrouelles, fistules anales tuberculeuses) comme des *noli me tangere* au même titre que les hémorrhoïdes, etc.

Nous avons recueilli chez M. le professeur Le Fort une observation qu'il citait dans une de ses cliniques où, malgré l'absence de lésions viscérales pulmonaires, il dut amputer successivement de la jambe et du poignet un de ses malades, devenu depuis pensionnaire de Bicêtre où il se porte fort bien.

Nous en avons d'autres exemples et comme ils offrent au point de vue qui nous occupe quelque intérêt nous n'aurions garde de les oublier.

L'observation 139 qui suit est remarquable à cet égard puisque après une première atteinte promptement réprimée par l'intervention chirurgicale, l'imprégnation tuberculeuse est restée 14 mois latente avant de se manifester de nouveau.

Observation 139 (en partie inédite) (1). — *Tumeur blanche du pied. — Résection des métatarsiens. — Récidive. — Abcès. — Amputation de jambe. — Succès opératoire. — Récidive testiculaire, 14 ans après l'amputation.*

Toute la première partie de l'Observation se retrouve dans les mémoires de chirurgie de notre maître, M. Verneuil, tome II, page 398.

P..., 41 ans, petit, grêle, chétif, souffreteux, scrofuleux dans son enfance; ostéite des os du pied droit ayant duré plusieurs années et guérie enfin à trente ans. A quarante et un ans, forcé par la misère, il se mit à travailler le plomb. Vingt-deux jours après, il est pris de coliques saturnines; l'ostéite du pied se réveille, les cicatrices se rouvrent, la suppuration reparaît avec fièvre et symptômes généraux sérieux.

Le malade entre à la Pitié, *le* 19 *octobre* 1875.

Une première opération est faite *le* 28; elle consiste dans la résection de l'extrémité postérieure des quatrième et cinquième métatarsiens, et de la moitié correspondante du cuboïde, et dans le drainage des trajets fistuleux : L'amélioration d'abord produite se dément bientôt; *le* 20 *novembre*, un vaste abcès se forme à la partie postérieure du mollet; il est ouvert et tout semble encore aller bien, quand le 20 décembre se déclare une lymphangite intense. L'amputation devenait nécessaire : elle fut pratiquée *le* 31 *décembre*, au tiers supérieur de la jambe par la méthode à deux lambeaux, avec le concours de M. Lucas-Championnière. Nous-même, nous pratiquons avec la plus rigoureuse exactitude, les règles posées par M. Lister.

(1) Observation rapportée en détails in *Gazette hebdomad.*, 1876, page 118, et dans la thèse de Sabatier, 1877, page 10, sur les « Rapports du saturnisme avec les affections chirurgicales. »

Tout se passa exactement comme l'annonce le célèbre chirurgien; la fièvre traumatique fut absolument nulle, jamais le thermomètre ne dépassa le soir 37° 5; le plus souvent, il restait au-dessous. Le malade n'accusa aucune douleur, le sommeil, la gaîté, l'appétit revinrent ensemble, et le visage perdit son mauvais aspect.

La réunion s'effectua partout où elle avait été cherchée, les fils métalliques furent enlevés au cinquième jour : jamais il ne m'avait été donné jusqu'alors de voir un moignon pareil, aussi exempt d'inflammation et aussi régulier. Je ne supprimai les derniers bouts de drainage que le seizième jour, mais je crois que j'aurais pu les retirer dès le dixième, et que la guérison, qui d'ailleurs était complète le vingtième jour, en aurait été notablement avancée.

Le malade revient dans le service de M. Verneuil, le 15 juin 1889, salle Michon, 38 *bis*, c'est à-dire 14 *ans* après l'amputation de jambe.

Depuis cette opération, le malade se portait très bien, mais il y a un mois, en faisant un effort pour soulever un seau d'eau, il a senti une douleur vive au testicule gauche. Trois jours après, le testicule augmente de volume, et devient douloureux pendant la marche et à la moindre pression.

A son entrée à l'hôpital, le testicule est encore gonflé régulièrement, un peu rouge et douloureux à la pression; c'est de la tuberculose testiculaire, mais actuellement, par le repos, le gonflement a diminué d'un tiers, et les douleurs ne sont plus aussi vives. Il sort en voie de guérison, le 29 *juin* 1889.

Je revois le malade en mars 1890, *les lésions du testicule sont stationnaires, l'état général est très bon, pas de lésions pulmonaires*.

Une observation de Bryant trouve naturellement sa place à la suite de la nôtre, puisque la récidive y a été également tardive.

Obs. XII (Bryant, *The Lancet*, 1878, t. I, p. 10). — Nécrose de l'extrémité supérieure du tibia; tuberculose au début; amputation; guérison depuis neuf ans; récidive qui va en s'aggravant.

L'utilité d'un traitement post-opératoire est affirmée tous

les jours par une série de faits analogues aux précédents où la récidive survenue à longue échéance prouve que malgré de longues trèves la tuberculose n'abandonne pas ses droits alors même qu'il ne s'agit que de manifestations locales. Dans sa clinique du 19 juin 1889, M. Verneuil présentait à son auditoire deux malades : l'un couché au n° 13 de la salle Michon et amputé par lui de la jambe pour une ostéoarthrite du pied 14 ans auparavant. (Obs. 139.)

Le malade revenait après ce long intervalle atteint d'une tuberculose génitale testiculaire et prostatique suppurée. Il y a donc eu une trève fort longue.

Parfois au contraire la trève est moins longue et à la même visite ce chirurgien attirait l'attention de ses auditeurs sur un malade amputé en novembre 1888 par M. le Dentu pour une ostéoarthrite du pied : moignon, souple, magnifique, mais au niveau de la tête du péroné, collection récente d'abcès froid; les viscères ne paraissent pas sensiblement pris. (Voyez observation 136.) Ce qui fait que la récidive n'est pas purement locale dans ce cas c'est que les tissus sont inégalement aptes à contracter la tuberculose : au premier rang il faut placer le tissu lymphatique, au deuxième le tissu séreux : quant au tissu osseux on sait que l'épiphyse est le lieu d'élection de la tuberculose, ce qui explique l'absence de récidive dans la diaphyse.

Autre exemple formant le contingent des suites opératoires chez les tuberculeux (clinique du 11 février 1887). M. Verneuil rappelle à ce propos les expériences de Gosselin et Jeannel et fait remarquer que dans quelques cas, sans que l'on sache pourquoi, l'inoculation est très retardée et peut même périr sur la place. (Verneuil, Maisonneuve, tubercule anatomique.) Ce serait là de la tuberculose locale proprement dite. Les cas en sont malheureusement excessivement rares.

M. Verneuil présente un malade qui est déjà entré dans le service en mars 1888. C'est un gros garçon marchand de

vin qui à la suite d'une contusion présente une synovite des fléchisseurs ; on pratiqua sans succès deux injections d'éther iodoformé. Il fallut alors ouvrir la gaine et faire le curettage des fongosités dont l'inoculation fut positive. Il y eut récidive et il fallut faire l'amputation dont le moignon fut superbe, c'est-à-dire qu'il y eut succès opératoire. Mais le malade tuberculeux avant l'opération l'était après. Il est sorti, a repris un travail rude, commis des excès, et il nous revient avec une cystite tuberculeuse ; la prostate est énorme, les testicules diminués de volume ; hémoptysie formidable renouvelée pendant trois jours et tuberculose pulmonaire nette. Pronostic nécessairement des plus graves, car tous les opérés de M. Verneuil pour cystite tuberculeuse sont morts lamentablement. De fait les hémoptysies se reproduisirent et le malade succomba. (On sait que L. Frey (*Wien. med. Pr.* 1889) a proposé les injections d'iodoforme dans la cystite et que le même médicament aurait donné de bons résultats dans le traitement des hémoptysies.)

Nous n'avons pas de peine à retrouver dans nos notes de nombreuses observations de récidives à distance.

Observation 140 (inédite, résumée). — *Ganglions strumeux du cou. — Pas de tuberculose pulmonaire. — Extirpation. — Succès opératoire. — Puis tumeur blanche tibio-tarsienne. — Amputation.*

C... J., âgé de 20 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Necker *le* 16 *mars* 1888, salle Saint-Pierre, service de M. le Fort, pour une hydarthrose *simple* survenue à la suite d'un coup de pied. Ce malade, de bonne santé habituelle, porte deux ganglions indurés ayant ensemble le volume d'une noix, et siégeant entre la branche montante du maxillaire inférieur et le sterno-cleido-mastoïdien du côté droit. Le début de l'affection remonte à un an; antérieurement, il n'a jamais eu de ganglions suppurés; ils sont relativement mobiles. Très bon état général.

Le 27 *mars*, je l'opère en pratiquant une incision curvi-

ligne, au-devant de la tumeur; on fait huit ligatures; le ganglion qui est situé sous l'aponévrose de la loge parotidienne, entre la glande et l'aponévrose, est disséqué et énucléé. En même temps on coupe la branche auriculaire du plexus cervical superficiel. On suture la peau, en laissant un très petit drain à la partie inférieure, on recouvre d'un pansement. Les jours suivants, on enlève les fils, et *le 1er avril*, on supprime tout pansement, la plaie se réunit par première intention. Mais il résulte de la section du nerf une insensibilité de toute la zone de la branche auriculaire.

En résumé, réunion type par première intention. Cicatrice à peine visible.

En 1890, *nous apprenons que le malade a subi à Cochin l'amputation de jambe pour tuberculose tibio-tarsienne.*

Observation 141 (inédite). — *Adénopathie cervicale gauche. — Extirpation en* 1885. — *Succès opératoire. — Adénopathie cervicale droite débutant l'année suivante. — Amélioration spontanée. — Récidive à gauche. — Suppuration. — Injection d'éther iodoformé. — Guérison partielle.*

E... P., 20 ans, comptable, entré *le 1er octobre* 1887, sorti le 6 octobre, service de M. Polaillon, salle Broca, lit n° 11.

Antécédents. — Nuls du côté des parents. Lui-même a toujours été très bien portant, jusqu'au début de son affection actuelle, en *février* 1885.

Le malade en attribue l'origine à un coup reçu sur le cou, en janvier; elle a débuté par le côté gauche. Il vit apparaître un ganglion qui petit à petit devint volumineux. Ce ganglion était unique et situé au niveau du bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien, à la hauteur de l'os hyoïde. En *juin* 1885, M. Polaillon enlève au bistouri ce ganglion, la plaie est suturée. Le malade reste quatre jours à l'hôpital, et il en sort avec un pansement; à ce moment on lui prescrit les préparations iodurées à l'intérieur; quant à la plaie, elle fut rapidement guérie sans suppuration.

Le malade ne suit le traitement iodé que pendant 15 jours; il ne présente plus aucun ganglion à gauche,

Il y a un an, on voit apparaître à droite, au niveau du sterno-cleido-mastoïdien, une tumeur ganglionnaire qui devient assez volumineuse pour gêner le frottement du col.

Le malade ne suit aucun traitement; il y a un mois, il est atteint d'une angine, à la suite de laquelle la tumeur du côté droit diminue. Alors le côté gauche est de nouveau le siège d'une tumeur ganglionnaire. Le malade ne peut venir à l'hôpital, et il est soigné par le Dr C..., qui lui ordonne une pommade à la belladone et des vésicatoires. Ce traitement ne produisant aucun effet, on lui substitue des cataplasmes et une pommade au chlorhydrate d'ammoniaque.

Etat actuel. — La région latérale gauche du cou présente un gros abcès ganglionnaire ramolli, siégeant au niveau du bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, et empiétant en avant sur la gaine des vaisseaux. Cette collection a le volume d'une orange moyenne. Au-dessous et en arrière de cette tumeur, on trouve un gros ganglion, au-dessous encore un autre ganglion moyen, et enfin une chaîne de ganglions sus-claviculaires.

La région droite du cou présente au niveau du sterno-mastoïdien deux gros ganglions indurés, et quelques ganglions sus-claviculaires.

Il y a quelques petits ganglions axillaires gauches insignifiants, et rien du côté des aines.

Troubles fonctionnels. — Le malade avale bien, mais il éprouve un peu de gêne dans la rotation du cou, la voix n'a pas changé. Je prescris à l'intérieur l'huile de foie de morue, et un gramme d'iodure de potassium.

4 *octobre.* — Je ponctionne l'abcès ganglionnaire ramolli; il en sort environ quatre-vingt grammes d'un liquide un peu épais, visqueux et granuleux, je fais une injection d'éther iodoformé, qui est laissée en place. Je panse au collodion iodoformé; le malade manifeste une douleur cuisante assez vive.

5 *octobre.* — Bon état.

6 *octobre.* — Bon état. Rien de particulier : *la poche s'est comblée, et le malade peut être considéré comme guéri, mais il reste des ganglions circonvoisins non suppurés, et en voie d'accroissement.*

Observation 142 (inédite, résumée). — *Abcès de l'anus.* — *Opération.* — *Récidive à distance.*

G... L., 26 ans, mégissier, né à Paris, entré le 23 avril 1889, service de M. Verneuil, salle Michon, lit n° 62.

Ce malade est atteint d'un abcès tuberculeux de la région dorsale droite. Il a également une gomme du pied.

Le 30 janvier de l'année dernière, M. Verneuil l'a opéré d'un abcès de la marge de l'anus qui suppure encore actuellement.

On l'a traité par des injections d'éther pur tous les huit jours.

Il sort de l'hôpital le 26 juin avec une fistule ; il sera pansé chez lui.

Observation 143 (inédite, résumée). — *Fistule périnéale chez un tuberculeux. — Opération. — Aggravation de l'état général. — Arthrite trapézo-métacarpienne consécutive. — Fistulisation.*

L..., 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Verneuil, au *commencement de décembre* 1889.

La cause de la mort de ses parents est inconnue. Il n'a ni frères ni sœurs.

Il était bien portant jusqu'en 1880. A cette époque il eut les jambes, le bassin et deux côtes fracturées. Des fistules périnéales survinrent en 1881 et 1882. Cependant il ne suivit, jusqu'à cette année, aucun traitement.

Depuis un an il n'a pas craché de sang, mais a maigri beaucoup; il tousse et crache. Il n'a de sueurs nocturnes que depuis son entrée à l'hôpital.

On lui fit l'opération d'une fistule anale tuberculeuse le 11 *décembre* 1889. Il ne prend pas d'iodoforme à l'intérieur et n'en a jamais pris.

Les fistules subsistent actuellement et son état général est moins bon qu'avant l'opération.

15 jours après il survient une arthrite trapézo-métacarpienne gauche sans traumatisme intercurrent notable. Nous le voyons alors et nous le traitons par la teinture d'iode.

Nous le revoyons le 23 *février* avec des fistules osseuses. On l'ausculte. Il ne présente pas de phénomènes stéthoscopiques appréciables. On le met au traitement général, mais les fonctions du doigt sont fort compromises et il y aura vraisemblablement lieu d'intervenir radicalement.

Observation 144 (inédite, résumée). — *Abcès froid thoracique.*

— *Grattage. — Persistance d'une fistule. — Récidive au niveau d'un métacarpien. — Grattage. — Amélioration.*

G... H., âgée de 46 ans, journalière, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Polaillon, salle Gerdy, n° 24 *bis*, le 25 *mai* 1887, avec un abcès froid situé sur le deuxième métacarpien gauche, face dorsale. Cet abcès offre le volume d'une petite pomme, et date de six mois.

La malade a déjà été traitée et guérie dans le service, d'un abcès froid thoracique, qui resta fistuleux.

Le 2 *juin*, la malade est anesthésiée par le chloroforme.

On ouvre l'abcès, on fait l'ablation de la majeure partie de la paroi, et on gratte le reste. L'os n'est pas malade. On met des points de suture et on applique le pansement de Lister.

La malade sort de l'hôpital le 15 *juin* 1887.

Elle est envoyée au Vésinet améliorée : la réunion est partielle.

Observation 145 (inédite, résumée). — *Tumeur blanche du pied. — Guérison par ankylose. — Chute sur le poignet vingt-quatre ans après. — Apparition d'une tumeur blanche à ce niveau. — Pas de lésions pulmonaires. — Etat stationnaire deux ans après la sortie de l'hôpital.*

R... A., âgé de 38 ans, maçon, entre le 14 *février* 1887, salle Broca (n° 17), à la Pitié (service de M. Polaillon).

Son père, âgé de 68 ans, est bien portant et n'est atteint d'aucune infirmité ; quant à sa mère, elle est âgée de 76 ans.

Il y a vingt-quatre ans, le malade a eu une tumeur blanche au pied, il avait alors 14 ans; elle a été traitée et guérie par ankylose partielle. Depuis le malade ne marche pas mal, mais il boite un peu ; son état général est excellent.

Il y a cinq mois, à la suite d'une chute sur le poignet, le malade a éprouvé une douleur assez notable ; il travaille néanmoins; depuis un mois seulement l'articulation est gonflée. *Il y a deux mois*, il s'est formé spontanément des petits abcès à la région antéro-latérale de l'interligne articulaire radio-carpien, il est sorti un peu de pus bien lié au dire du malade, l'évolution a duré quinze jours, puis l'abcès se ferme; c'est à ce moment que l'articulation se déforme.

Etat actuel. — L'articulation est volumineuse et gonflée; une saillie notable, molle et fongueuse existe au niveau du poignet et s'étend de la base des métacarpiens à l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Les mouvements de flexion et d'extension peuvent se faire sans douleur, mais ceux d'abduction et d'adduction sont douloureux et accompagnés de craquements très nets. Les mouvements d'extension des doigts sont à peu près impossibles, le malade ne peut prendre les objets, et l'avant-bras s'atrophie.

Il a conservé son appétit, ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas de fièvre, la température locale est légèrement augmentée, aucun signe sthétoscopique.

Le 19 *février*, application de teinture d'iode et pansement ouaté.

Le 24 *février*, la teinture d'iode a joué le rôle de vésicatoire.

Le 28 *février*, à la suite d'une permission de sortie il ne rentre pas.

Nous le revoyons le 10 *mars* 1890, *quatre ans après le début; la tumeur blanche du poignet n'a aucune tendance à diminuer, il reste des fongosités molles et abondantes qui remplissent les gaines; il y a impotence relative; les trajets fistuleux sont bien cicatrisés.*

Observation 146 (inédite, résumée). — M... E., 16 ans, salle Michon, n° 29, entré le 6 août 1889, service de M. Verneuil. Ce malade a déjà été traité l'année dernière pour une ostéite tuberculeuse de la main droite; il n'offre pas de lésions tuberculeuses des poumons. Grattage. Iodoforme. Guérison. Il rentre dans le service avec une *ostéite tuberculeuse d'un métacarpien de la main gauche* avec arthrite métacarpo-phalangienne fistuleuse, élimination de séquestres et raccourcissement du doigt.

Observation 147 (inédite, résumée). H... B., 43 ans, a été soigné étant jeune pour des adénopathies cervicales multiples, suppurées; pas de tuberculose pulmonaire; il a présenté successivement une *tumeur blanche du genou* traitée et guérie par ankylose avec quelques poussées aiguës par intervalles; *une ostéite tuberculeuse de la main gauche, une ostéite tuberculeuse de la main droite; une ostéite métacarpienne droite, une ostéite de l'humérus,* un *lupus tuberculeux* de la face, enfin

dernièrement encore, après guérison de toutes ces lésions, *synovite tuberculeuse* des gaines rétromalléolaires. Etat général satisfaisant, le malade n'est pas tuberculeux.

Observation 148 (inédite, résumée). — G... D., 18 ans, salle Broca, n° 48, entré le 11 mai 1887, service de M. Polaillon. *Abcès froid costal* au niveau des cartilages costaux inférieurs; grattage, amélioration. Apparition, trois mois après, d'*ulcérations tuberculeuses* du pied consécutives à des fistules symptomatiques d'une ostéite tuberculeuse du tarse. Bon état général.

Observation 149 (inédite, résumée). — G... J., 32 ans, hôpital du Midi, salle 2, n° 15, entré le 16 août 1886, service de M. Humbert. *Ulcération tuberculeuse de la pointe de la langue*, rebelle au traitement par les topiques. Etat longtemps stationnaire. Il y a deux mois, début d'*adénopathie strumeuse de la région sous-hyoïdienne*, actuellement en voie de ramollissement. Pas de lésions pulmonaires.

Observation 150 (inédite, résumée). — C... P., 37 ans, hôpital du Midi, salle 3, n° 4, entré le 21 janvier 1887, service de M. Humbert. *Testicule tuberculeux à gauche* dont le début remonte à quatre mois; amélioration passagère sous l'influence du traitement interne et des topiques. *Apparition de noyaux secondaires au niveau de l'épididyme du côté droit*, il y a un mois; la prostate et les vésicules séminales sont prises. Pas de lésions pulmonaires.

Observation 151 (inédite, résumée). — N... J., 64 ans, salle Saint-Pierre, n° 19, entré le 20 février 1888. Il y a un an, début de *tuberculose du testicule gauche*, actuellement encore induré au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme. Période aiguë, puis état stationnaire depuis environ sept mois. Il y a quinze jours, *orchite tuberculeuse aiguë à droite* avec funiculite concomitante. Blennorrhagie il y a 40 ans, pas d'orchite antérieure. Bon état général.

Observation 152 (inédite, résumée). — D... J., 40 ans, entré le 14 novembre 1887, salle Broca, n° 17, service de M. Polaillon. *Tuberculose testiculaire du côté droit* sans lésions de la prostate. Castration il y a un an (?), succès opératoire. Le malade revient nous voir; il présente *une épididymite tuber-*

culeuse du côté gauche. M. Polaillon refuse l'intervention. La prostate *ne paraît pas* malade. L'état général est satisfaisant; pas de lésions pulmonaires appréciables.

Observation 153 (inédite, résumée). — G... F., 24 ans, entré le 26 mars 1887, salle Saint-Pierre, n° 38, service de M. Le Fort. Il y a six mois le malade, sans cause appréciable, s'aperçoit de la présence de nodus indurés de la queue de l'épididyme à droite, il n'y porte pas attention et la lésion reste stationnaire. *Cinq mois après*, *orchite du testicule gauche*, sans blennorrhagie concomitante. Il s'alite dix jours. Au bout de ce temps, la tuberculose du testicule gauche est constituée. Pas de lésions prostatiques pulmonaires.

Ces faits sont d'ailleurs à rapprocher des faits nombreux que l'on trouve épars dans les diverses publications médicales et dont les comptes rendus du Congrès de la tuberculose et les *Annales de la tuberculose* rapportent de si remarquables exemples.

Nous empruntons le suivant à la thèse de notre ami Reboul.

Obs. XCV (Pollard, in thèse de Reboul), — Synovite tuberculeuse du genou. Arthrectomie. Lavage phéniqué. Guérison. Récidive un mois après dans *la colonne vertébrale*.

C'est encore aux faits de ce genre qu'appartient l'observation suivante exposée par notre maître dans sa clinique du 13 février 1889.

« L'année dernière, c'était un garçon solide, d'embonpoint notable qui ne présentait pour toute lésion qu'un noyau de tuberculose épididymaire. Je fis la castration sans suture et en huit à dix jours la malade était guéri. A ce propos je ferai remarquer que lorsqu'on lit des observations de castration, on ne voit ordinairement pas mentionné l'état de la prostate. Or si on fait la castration et qu'il y ait tubercules de la prostate, on pratique une opération incomplète. Il serait

également intéressant de savoir ce que devient la prostate après la castration faite dans ces conditions. (Nous avons dans nos observations deux cas très nets où après l'intervention au thermocautère sur un testicule tuberculeux fistuleux, les lésions de la prostate rétrocédèrent.)

« Il y a deux ans (observation publiée dans le 2e *volume des Études cliniques sur la tuberculose*), on opéra chez notre malade par l'injection iodée une hydrocèle symptomatique de lésions notables de l'épididyme ; on savait la prostate malade. Un an après, jour pour jour, M. Verneuil intervenait pour une ostéoarthrite d'un orteil survenue après une contusion ; le malade partit dans le Midi et mourut. Or au moment où M. Verneuil l'opérait pour la dernière fois, il eut l'idée de toucher la prostate : les lésions avaient disparu.

« Aujourd'hui nous opérons ce malade qui sorti de l'hôpital n'a pas suivi de traitement et revient avec une ostéoarthrite du genou avec attitude telle qu'il faut ou redresser le membre ou amputer la cuisse — c'est encore un bon exemple de récidive des tuberculoses dites locales.

« Quant à l'influence du traumatisme sur la genèse et la localisation des processus tuberculeux, je l'ai démontrée bien avant Max Schüller, et en particulier j'ai cité l'observation (clinique de février 1889) de ce malade de Lariboisière, qui, tuberculeux, se fit une fracture du fémur et une entorse du coude d'où arthrite tuberculeuse qui nécessita l'amputation, fait sur lequel j'ai autrefois attiré l'attention. Chez un malade que nous allons opérer aujourd'hui, nous allons violenter un coude : ce sera répéter l'expérience de Max Schüller. Mais comme notre malade n'a pas subi « l'entraînement par l'iodoforme », nous n'insisterons pas s'il faut un trauma considérable et nous le soumettrons d'abord au traitement préopératoire ». Nous avons cité à dessein ces dernières lignes qui devraient être rapprochées du chapitre où nous rapportons en résumé deux observations où le simple redressement d'une

articulation suffit à provoquer une poussée aiguë de généralisation et la mort. (Voir pages 172 et 173, obs. 70 et 71.)

Enfin dans quelques cas les manifestations premières de la tuberculose sont de date fort ancienne : elles ont parfois disparu depuis l'enfance et on confond la récidive à distance avec une localisation première de la diathèse : ce sont des récidives à distance tardive dont voici quelques exemples.

Observation 154 (inédite, résumée). — M... M., 19 ans, entrée le 13 février 1889, salle Lisfranc, n° 10, service de M. Verneuil. *Contusion violente de la malléole externe*, à l'âge de 2 ans : depuis ce temps, *phénomènes douloureux* du côté de la cheville. Application de deux appareils silicatés. Amendement des symptômes. A l'âge de 14 ans, *fistulisation de la région*. Application d'un nouvel appareil fenêtré : échec de la compression et des injections iodoformées.

Observation 155 (inédite, résumée). — L..., 20 ans, entré le 23 septembre 1886, salle 4, n° 21, service de M. Humbert, *strumeux pendant l'enfance; ostéite costale* à 15 ans. Guérison après suppuration assez longue. Pas de tuberculose pulmonaire. Début de *bubon strumeux* volumineux en 1886 (à l'âge de 20 ans) sans cause appréciable.

Observation 156 (inédite, résumée). — B... Y., 23 ans, entré le 19 août 1886, salle 4, n° 22, service de M. Humbert, *strumeux* pendant l'enfance. *Antécédents héréditaires tuberculeux*. Assez bonne santé antérieure. Pas d'accidents scrofuleux depuis l'âge de 7 ans. En 1886, blennorrhagie avec adénopathie. Guérison rapide de la blennorrhagie, mais persistance du *bubon* qui, 4 mois après, devient fistuleux et nécessite le curage le 17 septembre 1886.

Observation 157 (inédite, résumée). — G... H., 26 ans, entré le 2 août 1887, salle 4, n° 7, service de M. Humbert. Antécédents *strumeux*, *gourmes* pendant l'enfance. *Ganglions cervicaux* à l'âge de 17 ans, dont plusieurs ont suppuré. *Les fistules* qui en sont résultées se sont taries à la longue et ont disparu depuis six ans. Etat général satisfaisant. Phimosis congénital. Poussée d'herpès et balanoposthite consécutive

vers la fin de 1885. *Adénopathie persistante* en 1886 et s'abcédant deux mois avant l'entrée. *Nombreux trajets fistuleux. Ganglions iliaques.*

Observation 158 (inédite, résumée).— S... G., 20 ans, entré le 11 novembre 1886, salle 4, n° 15, service de M. Humbert. Malade *strumeux*, cicatrices cervicales, une *ostéite métacarpienne* ancienne actuellement guérie depuis plusieurs années. Chancre simple. Adénopathie : guérison rapide du chancre. État stationnaire de l'*adénopathie* puis poussées subaiguës multiples. Incision, inoculation du pus, négative en ce qui concerne le bubon chancreux, positive en ce qui concerne la tuberculose.

CHAPITRE VII

Influence de l'opération sur l'état général et sur la marche ultérieure des lésions pulmonaires.

A. — Amélioration et guérison durables

L'état général du sujet peut être différemment influencé par l'intervention, lorsque le sujet présente antérieurement à l'opération des lésions pulmonaires.

1° *Il peut être amélioré ; il pourait même y avoir disparition des lésions pulmonaires* (?)

2° *Les lésions viscérales peuvent être aggravées et la mort peut en résulter.*

3° *Enfin il peut y avoir éclosion des accidents pulmonaires consécutivement à l'opération, le sujet n'étant pas antérieurement tuberculeux.*

Tout à fait rares sont les exemples où les lésions pulmonaire préexistant, elles sont trouvées au bout d'un très long temps améliorées ou guéries. Nous avons vu que cette amélioration était la règle en ce qui concerne les résultats immédiats et que c'était à elle qu'on devait rapporter l'enthousiasme des chirurgiens pour ce genre d'intervention. Il nous restera à prouver au chapitre des complications et à l'aide de nombreuses observations que cette amélioration est passagère et peu durable car, bien que nous sachions aujourd'hui que la tuberculose pulmonaire est en fait curable, nous n'avons point constaté de nombreux exemples de cette disparition des phénomènes stéthoscopiques chez les sujets que nous avons pu revoir ; nous avons cependant dans quelques cas remarqué la persistance de l'amélioration des signes généraux.

Observation 159 (inédite). — *Tumeur blanche tibio-tarsienne chez une tuberculeuse : amputation de jambe au lieu d'élection. — Succès opératoire. — Bon état général. — Succès thérapeutique.*

C... M., âgée de 27 ans, domestique, entrée à Necker, salle Lenoir, lit n° 13, le 3 octobre 1888, service de M. Kirmisson.

Son père est bien portant, sa mère est morte paralytique à 60 ans. Elle a deux frères et deux sœurs qui sont en très bonne santé. Pas d'ascendants tuberculeux ni rhumatisants.

Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfant, elle ne tousse pas et jamais elle n'a craché de sang.

1882. *Il y a six ans*, à la suite d'un faux pas, la malade se fait une entorse qui semble être le point de départ de l'affection actuelle, car elle a toujours ressenti des douleurs depuis cette époque.

1884. La malade continue à marcher; néanmoins elle ressent des douleurs assez vives du côté du cou-de-pied. Les choses en restent là avec alternative d'accroissement et d'apaisement des phénomènes douloureux jusqu'en 1884, époque à laquelle apparaît un gonflement de l'article, avec commencement de déformation. Elle continue encore à marcher mais les douleurs deviennent très vives.

Mais en 1887 la marche devient tout à fait impossible et la malade est contrainte de garder le lit.

Enfin, il y a huit mois, dernière étape de l'affection par formation d'abcès fistuleux au côté interne.

En résumé donc il y a eu :

1° 1882. *Chute et douleur moyenne.*
2° 1884. *Gonflement. Déformation.*
3° 1887. *Impotence fonctionnelle.*
4° 1888. *Suppuration au côté interne.*
5° 1888. » » *externe.*
6° 1888. *Le membre est compromis.*

Il faut noter que le gonflement au début semble s'être localisé au dire de la malade sur les gaines rétro-malléolaires et s'est alors borné à une synovite fongueuse compliquée ultérieurement d'altération du côté de l'articulation.

L'état général est resté bon *jusqu'en juin ou juillet* 1888, mais en ce moment la malade a maigri, perdu son appétit, la face est anémiée.

Auscultation. — Cœur : rien. Poumons : côté gauche, sonorité plus faible dans les 2/3 inférieurs, quelques râles sibilants au sommet, quelques râles fins à la toux, respiration obscure, saccadée. Poumon droit, râles sibilants. Urines : rien.

Quant au membre, l'articulation est complètement déformée avec augmentation considérable du diamètre transversal, les téguments sont plus luisants que ceux du côté sain; il y a de la chaleur locale. Les os sont augmentés de volume, la mobilité transversale est très accusée, il y a des craquements douloureux, les mouvements spontanés sont presque nuls. On remarque une légère chute de l'avant-pied par paresse musculaire avec atrophie du triceps et des autres groupes musculaires, mais cette atrophie partielle porte principalement sur les groupes musculaires de la cuisse sans s'étendre notablement aux muscles de la jambe.

Les gaines rétro-malléolaires sont gonflées et présentent la pseudo-fluctuation des fongosités : les téguments sont altérés et infiltrés jusqu'à l'union des 2/5 inférieurs de la jambe avec les 3/5 supérieurs. On remarque de plus à la partie interne deux orifices fistuleux, l'un au sommet de la malléole, l'autre au-dessous, et du côté externe un autre orifice avec plaie fistuleuse et bourgeonnante à 4 centimètres au-dessus de la malléole externe ; il s'écoule un liquide séro-purulent grumeleux, et il n'y a pas eu d'élimination de parcelles osseuses.

On n'a pas fait le cathétérisme du trajet fistuleux qui doit mener à l'articulation, le traitement antérieur a consisté en pointes de feu, en teinture d'iode, en eau phéniquée, sans immobilisation, sans traitement interne.

16 *octobre* 1888. — On fait l'amputation de la jambe au lieu d'élection, après anesthésie au chloroforme et application de la bande de Nicaise; on fait des sutures au crin de Florence, sutures rendues difficiles par l'épaisseur du pannicule adipeux. Le soir vomissements attribués au chloroforme, la température est bonne, pas de douleurs notables.

17 *octobre.* — Il se produit un écoulement sanguin, la plaie est en très bon état, on enlève le drain, la réunion s'annonce bien. Le soir nouveaux vomissements, la température monte à 38°2.

18 *octobre.* — La malade va bien, on lui donne un lavement; glace à l'intérieur contre les vomissements.

J'examine la pièce ; la peau enlevée, j'aperçois une large plaque sous-cutanée partant de la malléole interne et s'avançant jusqu'à la partie antérieure du membre. Du côté des gaines rétro-malléolaires externes les tendons ne sont pas pris, et gardent leur aspect normal ; du côté interne on trouve des fongosités nombreuses des gaines, tous les muscles sont pris.

L'articulation ouverte est pleine de pus, de fongosités, les cartilages de l'astragale surtout sont érodés ; rien dans l'articulation scaphoïdienne.

Le 20 octobre on fait le pansement ; le moignon est un peu tendu par la présence d'une légère quantité de pus.

On supprime quelques points de suture.

Le 24 octobre nouveau pansement, on retire quelques fils, le gonflement a beaucoup diminué, il n'y a plus écoulement de pus, l'état est excellent.

27 *octobre*. — Pansement.

30 *octobre*. — On enlève tous les fils de suture, il y a un peu de pus à l'orifice du drain.

L'état général est excellent.

Le 2 novembre en faisant le pansement on voit que la réunion se fait sur toute la ligne ; seul l'orifice du drain suppure encore.

Le 24 novembre elle va chez elle et elle se fera faire un appareil.

La guérison est complète et la cicatrice est irréprochable, son état général est excellent et s'est même amélioré.

La malade nous donne de ses nouvelles en mars 1890. *Elle a quitté Paris pour retourner à la campagne. Elle se porte très bien et marche bien avec l'aide d'un appareil. Elle dit son état général satisfaisant.*

Observation 160 (inédite). — *Scapulalgie suppurée. — Lésions pulmonaires avancées. — Résection. — Amélioration de l'état local et général. — Ultérieurement, amélioration durable de l'état général. — Fistule persistante.*

P... D., 48 ans, entré le 29 *août* 1889, salle Michon, n° 49, service de M. Verneuil.

Père et mère bien portants : frère mort alcoolique. Début de l'affection il y a trois ans : suppuration depuis deux ans.

Malade venant de Bordeaux et dont l'affection est ancienne: le malade a été de Paris à Bordeaux à pied ; traité par M. Demons qui ne juge pas l'opération opportune, il revient à pied à Paris en se faisant traiter à toutes les étapes; à Niort, un médecin lui refuse toute opération regardant l'affection comme incurable. A son entrée dans le service de M. Verneuil, *le 29 août* 1889, salle Michon, n° 49, le malade, âgé de 48 ans, présente un état général sérieux. Les lésions des sommets ne sont pas douteuses et elles contre-indiquent nettement l'opération, provisoirement du moins, car elles coïncident avec un état d'émaciation et de nutrition qui résulte sans doute des privations multiples auxquelles s'est soumis le malade. Il est soumis pendant quelque temps au repos et au traitement interne par l'iodoforme et n'est opéré *que le 24 septembre*, près d'un mois après l'entrée, alors que l'état général s'est un peu amélioré. A ce moment il présente un trajet fistuleux au niveau du V deltoïdien et des trajets nombreux à la face interne du bras ; la sonde cannelée pénètre de 12 cent. et se dirige vers l'apophyse coracoïde.

Le 24 septembre 1889, notre maître et ami Ricard pratique la résection. Incision antérieure aboutissant au trajet fistuleux; on met à nu la tête humérale qui est complètement déformée et s'écrase sous le davier; on la résèque en totalité jusqu'au niveau du col chirurgical et on évide à la curette l'extrémité supérieure de l'os. La cavité glénoïde est reconnue saine. Lavage et grattage des trajets fistuleux, suture, un drain à la partie déclive. Pansement iodoformé; premier pansement *le 27 septembre*, j'enlève quelques fils, pus osseux fétide.

Quelques jours après, je supprime les autres points de suture, la réunion est bonne mais le drain laisse toujours écouler du pus osseux fétide. Pansement tous les huit jours; quelques mouvements du bras très faibles. A la sortie l'état local est bon, bien que l'orifice du drain soit devenu fistuleux et qu'il y ait écoulement notable.

L'état général est très *sensiblement amélioré depuis* l'opération. Le malade prend depuis son entrée une pilule d'iodoforme par jour. Il part le 22 *octobre* 1889 à Vincennes. Revu une première fois à l'Hôtel-Dieu en janvier 1890, nous constatons la persistance de l'amélioration de l'état général.

Le malade vient nous revoir le 21 février 1890 ; *il subsiste un trajet fistuleux à la partie antérieure du moignon de l'é-*

paule et de l'infiltration fongueuse. L'état général est assez bon; nous trouvons même une amélioration du côté des lésions pulmonaires, mais le malade a suivi irrégulièrement son traitement interne et depuis quelques semaines l'état général devient plus mauvais.

Observation 161 (inédite, résumée.) — *Arthrite tuberculeuse du genou chez un tuberculeux. — Amélioration de l'état local par la compression et l'immobilisation. — Aucune amélioration de l'état général ; ultérieurement assez bon état local; bon état général.*

M. A..., 25 ans, homme d'équipe, entré à la Pitié, salle Broca, n° 2, service de M. Polaillon.

25 *juillet.* — Le malade entre à l'hôpital dans un service de médecine, car il présente des lésions pulmonaires très nettes.

Il a toujours été bien portant jusqu'à ces derniers temps. Il ignore la date du début de l'affection. Il ne se rappelle pas être tombé ou s'être heurté: pas de traumatisme. Il attribue son état au froid et à la grande fatigue d'un service rigoureux.

Le 18 *juillet*, il interrompt son travail.

A son entrée à l'hôpital, on observe un genou volumineux; il y a gonflement des culs-de-sac sous-tricipitaux, mais peu d'épanchement; les parties latérales sont douloureuses. Le membre est en légère flexion ; l'extension complète est impossible ; on perçoit quelques légers craquements.

27 *juillet.* — Après l'application de la teinture d'iode et de deux vésicatoires, l'état du malade s'améliore légèrement.

31 *juillet.* — Pointes de feu et compression ouatée.

1er *août.* — L'état reste stationnaire.

5 *août.* — Application de teinture d'iode.

6 *août.* — La teinture d'iode appliquée de nouveau commence à faire l'effet d'un vésicatoire.

11 *août.* — La compression est supprimée.

Le genou toujours volumineux reste en légère flexion. L'extension est très douloureuse. Les culs-de-sac sous-tricipitaux sont toujours gonflés. Il n'y a pas d'amélioration.

13 *août.* — Le malade prend un bain.

15 *août.* — On pose un appareil silicaté. (Le membre n'est pas dans l'extension complète.)

Les douleurs disparaissent. Le gonflement diminue.

19 *août.* — Le malade marche avec son appareil.

23 *août.* — Il part à Vincennes ; mais l'état général ne subit aucune modification ; il reste pâle, amaigri et tousse toujours fréquemment.

En 1890, *le malade travaille encore, l'état général est plutôt satisfaisant ; le genou ne peut se fléchir, mais offre un point d'appui solide ; pas de récidive locale.*

La multiplicité des interventions n'exclut en aucune façon l'amélioration durable de l'état général. Dans la séance de la Société de Chirurgie de mars 1883, M. Trélat, en traitant de l'opération chez les tuberculeux, présente le moule du moignon d'amputation de jambe d'un tuberculeux avéré, auquel il a enlevé successivement des *tubercules de la conjonctive,* un *abcès froid* grave de la région malaire, *deux abcès froids* du membre supérieur, *deux ou trois du membre inférieur*, une *partie de la malléole interne* et enfin *le pied;* le malade est aujourd'hui en bon état et sa plaie s'est réunie en totalité par première intention ; il a même présenté dans les premiers temps une hyperostose sur le bord antérieur du tibia, au point où M. Trélat avait conservé du périoste ; c'est surtout au point de vue de la marche idéale de la plaie et de l'amélioration qui a suivi l'opération que ce malade est intéressant.

Nous citons comme tout à fait remarquable à cet égard l'observation suivante, recueillie dans le service de notre cher maître le professeur Le Fort.

Observation 162 (inédite). *Arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne chez un tuberculeux. — Grattage. — Abcès récidivants. — Amputation de jambe. — Arthrite blanche du poignet. — Amputation de l'avant-bras. — Amélioration persistante de l'état général.*

M. A..., âgé de 53 ans, journalier, entre à l'hôpital Necker,

service de M. le Dr Le Fort, salle Saint-Pierre, no 16, le 26 *juillet* 1886.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours joui d'une bonne santé. Depuis trois ans il se plaint seulement de tousser l'hiver, mais il n'a réclamé aucun soin pour cela.

Le 23 *juin* dernier, le malade a été renversé par une voiture qui a contusionné les côtes et le cou-de-pied.

Entré à l'hôpital immédiatement pour cet accident, on n'a constaté ni fracture, ni contusion grave. Il est resté onze jours seulement à l'hôpital, après quoi il a été envoyé à Vincennes avec un appareil silicaté. Après trois semaines de séjour à Vincennes, le malade, ne pouvant marcher en aucune façon, a dû être renvoyé à l'hôpital le 26 *juillet.* (A cette époque M. Segond avait pris le service.)

A son entrée, on constate une tuméfaction assez considérable de l'articulation tibio-tarsienne.

On fait la compression avec une bande de caoutchouc et de la ouate, et on la maintient jusque dans les premiers jours de septembre.

On essaie ensuite le grattage du côté externe de l'articulation tibio-tarsienne droite. Quinze jours ou trois semaines après le grattage, il se forme un abcès sur le côté interne de la même articulation. Cet abcès est bientôt suivi de deux autres qu'on ouvre et qu'on draine.

M. Le Fort, en reprenant le service au mois d'octobre, fait de nouveau la compression élastique, et on la continue plus de deux mois, jusqu'au moment de l'amputation de jambe qu'on juge nécessaire, étant donné l'état local et le peu de résultats fournis par la compression.

Le 14 *décembre* 1886. — On anesthésie le malade et l'on pratique l'amputation.

Le 15 *décembre.* — On refait le pansement.

M. Le Fort supprime deux ou trois points de suture.

On refait le pansement et on applique des attelles pour immobiliser.

19 *décembre.* — Etat local satisfaisant. On refait le pansement.

26 *février* 1887. — *État général :* maciation extrême, amaigrissement, toux fréquente, crachats nombreux, puriformes, insomnie, anorexie, matité aux deux sommets, mais aucun râle

à ce niveau. Simple affaiblissement du murmure vésiculaire, à droite et à gauche, en avant comme en arrière. Au sommet gauche et en arrière souffle rude, voix peu sonore. A ce niveau on perçoit de la bronchophonie.

Les crachats contiennent des bacilles.

État local. — La cicatrisation du moignon de la jambe se fait lentement. A ce niveau siègent trois ulcérations douloureuses, ne suppurant pas cependant.

La main droite présente de vastes ulcérations sur la face dorsale, avec fongosités des gaines des extenseurs.

L'articulation du poignet présente une laxité considérable des ligaments, permettant des mouvements de latéralité très étendus. Le malade éprouve des douleurs spontanées.

Le 1er *mars*, on décide l'amputation de l'avant-bras. Le malade étant anesthésié par le chloroforme, on fait l'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras, avec un double lambeau antérieur et postérieur. On fait l'hémostase, le drainage, et l'on suture.

5 *mars.* — Premier pansement. — Il n'y a pas de suppuration.

7 *mars.* — Deuxième pansement. — Pas de suppuration. — État général bon.

21 *mars.* — Légère suppuration. On enlève tous les fils de suture. La cicatrisation est à peu près complète. On fait un pansement au diachylon. L'état général est bon.

29 *mars.* — La cicatrisation du moignon du poignet est complète.

19 *avril.* — État général bon. Le malade mange, l'appétit est revenu, il tousse moins, mais ses crachats n'ont pas changé de nature, ils sont encore abondants. La cicatrisation, du côté de la jambe, n'est pas complète. On y remarque une légère suppuration. On cautérise les ulcérations, siégeant l'une à la partie externe, l'autre à la partie interne du moignon.

10 *mai.* — Le poignet et la jambe sont complètement guéris. L'état général est beaucoup meilleur, la face s'est recolorée. Le malade mange avec un plus grand appétit. Les sueurs nocturnes ont disparu. Le malade, qui se lève depuis plusieurs jours sur le bord de son lit, ira aujourd'hui au jardin.

3 *juin.* — L'examen bactériologique des crachats, fait par M. de Gennes, constate que les bacilles ont considérablement diminué de nombre.

7 *juillet.* — L'état général est bon.

Le malade a repris un bon aspect. La transpiration a diminué. Le malade a de l'appétit et dort bien. Les crachats ont diminué.

Embonpoint augmenté.

L'amélioration de l'état général s'affirme de jour en jour.

Le malade sort de l'hôpital, le 23 *avril* 1888.

Il est transporté à Bicêtre.

Enfin, dans la statistique de Bœckel publiée dans le n° 1 de la *Gazette médicale de Strasbourg* 1890, nous trouvons plusieurs exemples analogues. Dans l'un des cas (Obs. XXXIV) les signes pulmonaires ont disparu.

Obs. IX. — Arthrite tuberculeuse du genou, sans fistule. Arthrite tuberculeuse du poignet, forme *synoviale*. Résection. Guérison sous quatre pansements. Consolidation absolue le dix-septième jour. Marche le vingt et unième avec appareil circulaire. Raccourcissement de 5 centimètres. Pas de fistules consécutives. Survie huit ans et demi. Travaille dans les champs. A subi, cinq mois après la résection du genou, celle du poignet avec succès.

Obs. XXXIV. — Arthrite tuberculeuse datant de cinq ans. Ostéo-myélite étendue du fémur et du tibia concomitante, reconnue lors de la résection. Menace de tuberculose pulmonaire. Résection. Guérison. Pansements fréquents à cause des plaies osseuses concomitantes. Consolidation en cinq mois. Santé florissante depuis dix-huit mois. Les symptômes de phtisie ont disparu.

Nous empruntons les observations suivantes à la statistique de Bœckel (*Gazette de Strasbourg*) n° 1, 1890. Elles concluent au maintien d'un bon état général.

Obs. II. — Arthrite fongueuse suppurée. Lésions osseuses avancées. Affection datant de l'enfance. Atrophie du membre malade qui est raccourci de 5 centimètres 1/2. Résection. Guérison sous huit pansements. Consolidation en cinquante-deux jours. Fistules pendant deux ans. Raccourcissement de 9 cen-

timètres. *Survie neuf ans;* travaille dans les champs. *Résultat parfait.*

Obs. V. — Ostéo-arthrite du genou avec ostéo-myélite épiphysaire du tibia et du condyle externe du fémur. Évidement du tibia. Perforation de l'article et évidement du condyle du fémur à travers la boutonnière articulaire. Incision osseuse de décharge à l'aide du trépan au côté externe du fémur. Pas de fistule.

Guérison avec fistule pendant un an. Presque pas de suppuration. *Santé florissante depuis quatre ans et neuf mois.* Travaille comme journalière dans les champs.

Obs. XVI. — Id. Pas de fistules. Lésions osseuses secondaires. Résection. Guérison. Consolidation le cinquante-sixième jour. Pas de fistules consécutives. Survie six ans et dix mois. *Santé florissante.* Marche avec un soulier à semelle haute, sans canne.

Obs. XVII. — Synovite fongueuse. Pas de lésions osseuses. Résection. Guérison sous pansements fréquents; pas de consolidation après six ans et neuf mois. *Survie six ans et neuf mois. Santé florissante.* Marche sans canne, à l'aide d'un appareil à tuteurs.

Obs. XIX. — Arthrite fongueuse suppurée. Pas de fistules. Lésions osseuses secondaires. Forme *synoviale.* Résection. Guérison. Pas une goutte de pus après la résection. Consolidation le trente-cinquième jour. *Survie six ans et trois mois. Santé florissante.* Marche sans canne.

Obs. XXI. — Arthrite fongueuse suppurée. Forme *synoviale.* Résection. Guérison. Pas de pus. Consolidation le trente et unième jour. Marche avec béquilles le trente-troisième jour. *Survie cinq ans et sept mois.* Santé florissante.

Obs. XXV. — Arthrite fongueuse à forme *synoviale.* Pas de fistules. Résection. Guérison sans suppuration. Pas de consolidation jusqu'à ce jour. *Survie quatre ans. Santé parfaite.* Appareil à tuteurs latéraux. Marche sans canne.

Obs. XXVI. — Arthrite tuberculeuse datant de l'enfance. Lésions *osseuses* avancées. Résection. Guérison sans pus ni fistules. Consolidation le trentième jour. *Survie de trois ans et neuf mois. Santé parfaite.*

Obs. XXIX. — Arthrite tuberculeuse ancienne. Liquide trouble. Semi-ankylose. Traces d'anciennes cicatrices au pourtour du genou et au mollet. Forme synoviale avec lésions osseuses secondaires. Pas de fistules. Résection. Guérison sans pus et sans fistules sous *un seul*

renouvellement du pansement, resté vingt-huit jours en place. Le trente et unième jour, l'opérée soulève le membre sans soutien. Consolidation absolue au bout de cinq mois. *Santé parfaite.*

Obs. XXX. — Arthrite fongueuse suppurée. Forme osseuse avancée. Foyer de suppuration dans le condyle interne du fémur. Pas de fistules. Résection. Guérison sans pus ni fistules. Consolidation absolue en cinq mois. *Santé parfaite.*

Obs. XXXII. — Arthrite fongueuse suppurée avec fistules. Forme *synoviale*. Lésions osseuses secondaires. Pas de fistules. Résection. Guérison sous *un renouvellement* du pansement resté vingt-huit jours en place. Pas de fistule. Consolidation le trentième jour, permettant à l'opérée de soulever le membre. Sort avec un appareil silicaté. Consolidation définitive après six mois. *Santé florissante.*

Obs. XXXV. — Arthrite tuberculeuse suppurée depuis trois ans. Genou fléchi à angle droit sur la cuisse. Pas de fistules; forme *synoviale*. Résection. Guérison. Un seul renouvellement du pansement. Pas de suppuration. Consolidation définitive au bout de six mois. *Santé prospère.*

Obs. XXXVI. — Arthrite tuberculeuse suppurée. Début : deux ans. Forme *osseuse* avec foyer dans le tibia. Pas de fistules. Résection. Guérison. Pas de suppuration. Consolidation définitive au bout de quatre mois. *Santé prospère.*

Obs. XL. — Arthrite tuberculeuse. Forme *synoviale*. Résection. Guérison. Consolidation définitive le cinquante-sixième jour. Quitte la maison de santé sans appareil. *Se porte bien depuis lors.*

Obs. XLI. — Arthrite fongueuse suppurée. Lésions *osseuses primitives* avancées. Résection. Guérison. Consolidation définitive en trois mois. *Se porte bien depuis lors.*

Obs. XLIII. — Arthrite fongueuse. Pas de pus. Foyers secondaires dans les os. Forme *synoviale*. Résection. Guérison. Consolidation définitive le 11 janvier; plus d'appareil à partir de là. *Santé prospère.*

Obs. XLIV. — Arthrite fongueuse. Ankylose en voie de s'établir. Usure des ménisques et des cartilages. Résection. Guérison. *Santé prospère.*

Obs. XLV. — Arthrite fongueuse suppurée. Forme *synoviale*. Résection. Guérison. Peut soulever le membre sans soutien. *Santé prospère.*

B. — Aggravation constante de l'état général. Des morts tardives ou éloignées

Après avoir étudié les résultats éloignés qui forment dans le tableau des suites des interventions chez les tuberculeux ou pour tuberculose locale le côté favorable malheureusement trop peu chargé d'observations (celles-ci constituant à proprement parler une rareté, sinon une exception vu le grand nombre d'interventions pratiquées dans ces cas), il nous reste à exposer le revers de la médaille qui abonde en observations, en d'autres termes à parler des complications éloignées ou tardives *qui intéressent l'état général*. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce qu'il fallait entendre par ce terme complications éloignées, et nous avons vu que dans quelques cas elles pouvaient en réalité être assez rapprochées de l'acte opératoire ; mais éloignées ou précoces elles ne font en aucun cas partie des *suites directes* de l'acte opératoire.

Elles ont fait la préoccupation de la plupart des chirurgiens, mais, à l'exception de quelques-uns, les membres du Congrès qui ont pris la parole ne nous ont point suffisamment édifié sur le sort de leur opérés. Nous avons déjà vu qu'au dire de M. Verneuil, M. Marjolin revoyait bien exceptionnellement les scrofuleux qu'il avait amputés autrefois; il est vrai que d'autre part M. Bousquet nous dit que dans les cas d'intervention sur des malades manifestement phtisiques, il n'y a jamais eu d'aggravation, loin de là : toujours une amélioration de l'état général a été notée ; mais il ne nous dit pas à combien d'intervalle il a pu constater cette amélioration ou tout au moins les documents que nous avons entre les mains ne nous le disent pas, les comptes rendus du Congrès n'étant point encore publiés *in extenso*. M. Mollière admet cependant que, pour les membres inférieurs principalement, les résultats curatifs sont nuls et que les résultats fonctionnels n'ont qu'une durée limitée : il est à craindre, pensons-nous, qu'il en soit de même de l'état général. Certes on peut observer des cas

relativement favorables, comme celui de M. Le Dentu, où l'extirpation de neuf centimètres de paroi sterno-costale pour curage d'abcès du médiastin, a donné les plus heureux résultats en ce qui concerne l'état général qui est redevenu florissant, bien que cet homme fût un phtisique en pleine cachexie, mais de pareils cas sont rares; il en est de même des cas analogues à celui de la jeune fille présentée au Congrès par M. Larger, et la guérison se maintient rarement aussi longtemps.

Nous diviserons les observations en deux groupes : 1° celles où il y a eu mort tardive par suite de l'évolution des lésions viscérales : 2° celles où il y a eu généralisation tardive ; puisque les complications générales sont de deux ordres : celles qui consistent dans l'aggravation d'un état pulmonaire préexistant à l'opération ; celles qui sont signalées par l'apparition de signes pulmonaires postérieurement à l'opération. (Voir page 380.)

Or dans le premier cas une remarque d'ordre purement empirique et en apparence paradoxale vient compliquer le procès : nous avons en effet noté souvent que l'aggravation ultérieure de l'état général *n'était nullement en rapport avec la gravité des lésions existant avant l'opération ;* on pourrait même, sans être taxé d'exagération, renverser la proposition, et dire que l'aggravation ultérieure des lésions pulmonaires est plus fréquente chez les phtisiques opérés au début des lésions viscérales que chez les phtisiques avancés. Est-ce l'effet d'un simple contraste entre leur état relativement satisfaisant et trompeur avant l'opération, et leur état quelque temps après l'opération ? Est-ce le coup de fouet dû à l'opération elle-même ou plutôt aux frais de réparation qu'elle a nécessités, puisque nous admettons que cette aggravation ne succède pas dans notre hypothèse immédiatement au choc opératoire ? L'un et l'autre sont possibles, nous ne faisons qu'indiquer ces points particuliers et nous nous bornons à une simple constatation.

Dans son excellente monographie sur les résultats des amputations et résections chez les tuberculeux (*thèse de Paris* 1880), Leroux cite un nombre de cas de mort considérable; et comme nous avons fait à plusieurs reprises emprunt à sa thèse, nous publions le résumé des 94 cas qu'il a observés.

Or ces 94 *opérations* se décomposent brutalement en : 1° 63 *morts* (67 °/₀!!) chiffre inférieur, comme le fait remarquer l'auteur, au chiffre réel.

2° 31 guérisons dont 10 incomplètes et 21 complètes, et encore ces guérisons se décomposent-elles ainsi :

1° Amputations suivies de succès opératoire

Obs. I. — Récidive locale et générale après deux ans.
Obs. II. — Récidive locale et générale après quatre ans.
Obs. III. — *Hémoptysie au bout d'un an, puis perdu de vue.*
Obs. IV. — *Mort cinq ans après de fluxion de poitrine.*
Obs. V. — Perdu de vue au bout de trois mois.
Obs. VI. — Perdu de vue au bout de sept mois.
Obs. VII. — *Mort sept ans après de phtisie.*
Obs. VIII. — *Mort deux ans après de phtisie.*
Obs. IX. — *Mort quatre ans après de phtisie.*
Obs. X. — *Mort sept ans après de phtisie.*
Obs. XI. — *Mort un an après de phtisie.*
Obs. XII. — Guérison totale, revu pour la dernière fois quatre mois après l'opération.

2° Résections suivies de succès opératoire

Obs. XLV. — Perdu de vue sept mois après l'opération.
Obs. XVL. — Perdu de vue huit mois environ après l'opération.
Obs. XVLI. — Perdu de vue six mois environ après l'opération.
Obs. XVLII. — Perdu de vue six mois environ après l'opération.
Obs. XLIX. — *Mort trois ans après de phtisie avec carie vertébrale.*

Obs. L. — *Mort quatre ans après de tuberculose pulmonaire.*

Obs. LI. — *Mort quelques mois après de tuberculose.*

Obs. LII. — *Mort deux ans après de phtisie.*

Obs. LIII. — *Mort trois ans après de phtisie.*

Les nombreuses observations suivantes citées par cet auteur démontrent bien que la plupart du temps l'amélioration constatée après l'opération est passagère ou illusoire.

Obs. I (Cadeau, Th., 1874, p. 16). — Ostéo-arthrite du pied; symptômes de tuberculose pulmonaire; amputation de la jambe au tiers inférieur; guérison.

Suite de l'observation précédente, *guérison démentie deux ans après;* ostéite de la colonne vertébrale; *phtisie.* Tout fait craindre une issue fatale.

Obs. IV (Dr Mascarel, th., 1874). — Tumeur blanche; phtisie; amputation; guérison. *Mort cinq ans après* de fluxion de poitrine.

Obs. VII (Michaud, *Bull. Acad. royale de Belgique*, 1859, t. II, p. 625). — Carie tarso-métatarsienne; amputation de Syme; guérison.

Mort sept ans après de phtisie.

Obs. VIII (Gerdy, *Arch. gén, de Méd.*, 1840). — Tumeur blanche; amputation; guérison. *Mort deux ans après de phtisie.*

Obs. IX (*Lnagenbeck's Archiv.*, t. II, p. 538). — Carie des cuboïdes; tuberculose au début; amputation; guérison.

Mort quatre ans après de phtisie pulmonaire.

Obs. X (*Langenbeck's Archiv.*, t. IV. Dr O. Weber). — Carie tuberculeuse du tarse. Amputation; guérison. *Sept ans après, mort de phtisie.*

Obs. XI (*Langenbeck's Archiv.*, t. IV, Dr G. Weber). — Carie scrofuleuse du tarse. Amputation; guérison. *Mort un an après de tuberculose.*

Obs. XVII (Dr Savory, *The Lancet*, 1879, t. I). — Ostéo-arthrite radio-carpienne suppurée; phtisie troisième période; amputation; légère amélioration. *Mort certaine.*

Obs. XXIX (Verneuil, *Arch. gén. de Méd.*, mars 1878). —

Amputation de Chopart chez un scrofuleux; guérison temporaire *huit mois après, mort de phtisie.*

Obs. XXX (Verneuil, *Id.*). — Amputation de cuisse au tiers inférieur pour ostéo-arthrite scrofuleuse; guérison opératoire; *mort de phtisie cinq mois après.*

Obs. XXXI (Verneuil, *Id.*). — Amputation de la cuisse pour une ostéo-arthrite scrofuleuse du genou.

Guérison de l'opération. *Mort trois mois après. Pleurésie purulente.*

Obs. XL (Dr Volkers, *Langenbeck's Arch.*, t. IV). — Arthrite suppurée du genou; amputation de la cuisse. Guérison locale. *Mort deux mois après de phtisie miliaire.*

Obs. XLI (Dr Volkers, *Id.*). — Arthrite tibio-tarsienne suppurée. Tuberculose pulmonaire. Amputation. *Mort sept mois après de phtisie.*

Obs. XLII (Dr Edwart Albert, *Beitrage zur operative chirurgie*, Leipzig, 1880, p. 103). — Carie de l'articulation du pied droit; carie de la rotule. Pneumonie et pleurésie. Amputation de la jambe. Bon état général. Puis, résection de la rotule. L'état général faiblit. *Mort par épuisement. Tuberculose généralisée.*

Obs. XLIX (Dr Leisrink, *Langenbecks Archiv.*, t. XIII). — Arthrite coxo-fémorale suppurée; luxation. Résection; guérison. *Mort trois ans après de tuberculose pulmonaire.*

Obs. L (Dr Lucke, *Langenbeck's Archiv.*, t. III, p. 325). — Carie de la tête de l'humérus. Les poumons paraissent sains. Toux. Résection. Guérison complète. *Quatre ans après, mort de tuberculose pulmonaire.*

Obs. LI (Dr Lucke, *id.*). — Inflammation scapulo-humérale, ankylose. Poumons sains. Résection; guérison. *Mort un peu plus d'un an après de tuberculose.*

Obs. LII (Dr Volkers, *Langenbeck's Archiv.*, t. IV). — Coxalgie suppurée; résection. Guérison incomplète. *Mort trois ans après de tuberculose pulmonaire.*

Obs. LIII (Dr Volkers, *id.*). — Coxalgie suppurée; résection; guérison. *Deux ans après, mort tuberculeux.*

Obs. LVII (Bœckel, *Contribution à l'étude de la résection du poignet*, Strasbourg, 1867). — Tumeur blanche du poignet. Résection puis amputation. Cachexie. *Tout fait prévoir une issue fatale par suite de la phtisie.*

Obs. LXIII (Giraldès, *Chirurgie des enfants*, 1869, p. 662). — Coxalgie avec luxation. Résection. Tout va bien d'abord. *Puis symptômes de pleurésie et mort.* Tubercules aux sommets.

Obs. LXIV (Giraldès, *id.*, p. 709). — Tumeur blanche du genou. Résection. Trois mois après, aggravation de l'état général, toux, fièvre. *Cinq mois après, mort par tuberculose pulmonaire.*

Obs. LXV (Fergusson, *Lancet*, 1856, t. II, p. 515, th. de Follet, 1867, Paris). — Tumeur blanche du poignet. Résection totale. Guérison presque complète. *Trois mois après, poussée de tuberculose et mort.*

Obs. LXVI (Lister, *Lancet*, 1865, t. I, p. 363, th. Follet). — Phtisie. Résection totale pour une tumeur blanche du poignet. *Mort par phtisie sept semaines après l'opération.*

Obs. LXVII (Fergusson, *Lancet*, 1854, t. I, p. 98, th. Follet). — Tumeur blanche du poignet. Résection. *Neuf mois après l'opération, mort par phtisie.*

Obs. LXXI (Bardeleben, *Archiv. Langenbeck*, 1863, th. de Good). — Garçon, 2 ans. Carie de la tête du fémur; résection. Guérison trois mois après. *Mort quelque temps après de méningite tuberculeuse.*

Obs. LXXII (*Idem.*). — G..., 10 ans. Coxalgie datant de vingt et un mois; *mort après dix semaines;* tuberculose pulmonaire et intestinale.

Obs. LXXIV (Doutrelepont, *Berlin, Klin. Wochens.*, 1866, n° 35. Thèse de Good). — Coxalgie suppurée; résection; quinze mois après, *carie étendue à tout le bassin;* dégénérescence graisseuse des viscères.

Obs. LXXVI (Bardeleben, *Archiv. Langenbeck*, 1866, p. 749, et thèse de Good). — Coxalgie; résection; *mort deux mois après de tuberculose pulmonaire.*

Obs. LXXVIII (Lefort, id., *The Lancet*, id.). — Enfant, 10 ans; phtisie au troisième degré. Coxalgie suppurée, luxation. Résection; *mort de phtisie dix semaines après.*

Obs. LXXIX (*Archiv. Langenbeck*, t. XIII, p. 213).—Tumeur blanche du genou; phtisie au début. Résection. *Mort quatre mois après.*

Obs. LXXX (Doutrelepont, *Archiv. Langenbeck*, t. VI). — Tumeur blanche du coude. Infiltration des sommets. Résection. *Mort de tuberculose cinq mois après.*

Obs. LXXXI (Smith, *Amer. Med. Times*, february 1861). — Enfant de 8 ans; coxalgie. Résection. *Mort trois mois après.* Cavernes aux deux poumons.

Obs. LXXXII (Humphry, 1860. *Med. Times and Gaz.*, 1861, p. 44). — Coxalgie; abcès par congestion. Résection. *Mort six mois après de phtisie.*

Obs. LXXXIII (Dr Leisrink, *Archiv. Langenbeck*, t. XII, statistique des résections de la hanche). — 10 ans; coxalgie depuis un an et demi, carie de la tête du fémur; état cachectique. Résection. *Mort dix semaines après de phtisie pulmonaire.*

Obs. LXXXIV (Dr Leisrink, *id.*). — Coxalgie suppurée, cachexie; résection. *Mort cinquante et un jours après de phtisie pulmonaire.*

Obs. LXXXV (Dr Leisrink, *id.*). — Coxalgie; cachexie; résection. *Mort vingt et un jours après l'opération, de phtisie pulmonaire.*

Obs. LXXXVI (Dr Leisrink, *id.*). — Coxalgie. Signes de phtisie. Résection; *mort soixante-quinze jours après de phtisie pulmonaire.*

Obs. LXXXVII (Dr Leisrink, *id.*). — Garçon, 10 ans. Coxalgie scrofuleuse; catarrhe des sommets. Signes de phtisie; résection. *Mort quatre mois après de phtisie et d'épuisement.*

Obs. LXXXVIII (Dr Leisrink, *id.*). — Coxalgie. Signes de phtisie; résection. Quelque temps après, carie vertébrale, *mort.*

Obs. LXXXIX (Dolbeau, *Gaz. des hôp.*, 1865, n° nov.) — Enfant. Coxalgie. Tuberculose. Résection. *Mort plus d'un an après.*

Nous y joignons l'observation suivante :

Obs. VII (Bœckel, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1890, n° 1). — Arthrite fongueuse suppurée consécutive à un traumatisme. Fistules. Raclage des fongosités. Pas de réunion. Opération en pleine fièvre; infection commençante.

Guérison. Ankylose angulaire (valgus) nécessitant trois mois après l'ostéotomie du fémur. Consolidation au bout de trois mois. *Mort de phtisie au bout de deux ans.*

Enfin nos observations personnelles démontrent aussi le même fait.

Observation 163 (inédite). — *Coxalgie gauche. — Traitement par l'extension et les appareils. — Tentative de redressement sous le chloroforme. — Suppression des appareils. — Aggravation de l'état général. — Apparition d'une tumeur blanche tibio-tarsienne du même côté. — Opérations multiples. — Cachexie. — Mort.*

B... M., âgé de 17 ans, garçon marchand de vin, entré à l'hôpital Necker, le 30 *août* 1887, service de M. le Fort, salle Saint-Pierre, n° 26.

Commémoratifs. — *Le* 19 *mars* 1887, le malade entre dans le service de M. Nicaise, remplacé par le Dr Kirmisson, à l'hôpital Laënnec. Il se plaint de douleurs de la hanche, au niveau du grand trochanter, pour lesquelles on appliqua des pointes de feu. Après un traitement de trois semaines, il sortit guéri.

Le 1er *juin*.— Il entre de nouveau dans le même service, pour les mêmes douleurs qui ont amené de l'abduction et de la rotation en dehors. On posa le diagnostic de coxalgie gauche; on opère le redressement du membre sous le chloroforme et l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet. *Le* 24 *juillet*, on le retire de la gouttière, et on le place dans un appareil de Verneuil avec attelle métallique en T. Il garde cet appareil jusqu'au 30 août, époque à laquelle il entre à l'hôpital Necker.

30 *août*. — Le malade est laissé dans son appareil Verneuil, jusqu'au 27 *septembre*, jour où on enlève l'appareil, et on constate de légères eschares au sacrum et au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures.

31 *octobre*. — Le 31 octobre, le déplacement s'étant reproduit, et même exagéré, on endort le malade et on applique un appareil plâtré avec attelle postérieure métallique en T. Mais la respiration s'effectuant mal, on suspend la chloroformisation avant d'avoir terminé l'appareil. C'est alors que par suite de la contraction musculaire, il se produit une ascension du trochanter que l'on corrige par l'extension avec un poids de 2 kilog. 500 gr.

Les deux épines iliaques sont de niveau; l'extension est continuée avec les mêmes poids.

Le 19 *novembre.* — Le malade se plaignant de l'appareil, on coupe la ceinture pour panser les eschares formées, et on enlève les poids qui servent à l'extension.

Le 13 *décembre.* — On mesure la distance de l'épine iliaque à la malléole externe :

89 centim. 1/2, du côté malade,
91 — du côté sain.

Le 14 *décembre.* — L'appareil est enlevé, et on fait le pansement des eschares avec de la vaseline.

13 *février.* — Depuis l'enlèvement de son appareil plâtré, le malade a des accès de fièvre périodique à intervalle de trois à quatre jours, et quelquefois davantage.

1er *mars.* — L'eschare au sacrum semble s'agrandir, l'appétit est bon.

14 *mars.* — Le malade a des coliques et de la diarrhée, l'appétit diminue.

1er *février.* — On reconnaît une arthrite fongueuse des articulations tibio-tarsiennes du même côté. Au genou, il y a une eschare, et en arrière une autre ulcération très étendue. On fait un pansement humide.

10 *juin.* — L'état général est médiocre; l'état local est le même.

1er *février* 1889. — Le malade reste dans le service après notre départ.

Nous cherchons à le revoir en 1890, *et nous apprenons qu'après plusieurs interventions chirurgicales, il est mort de cachexie, le* 28 *janvier* 1890.

Observation 164 (inédite, résumée). — *Mal de Pott. — Abcès par congestion. — Drainage. — Guérison passagère. — Récidive. — Interventions multiples. — Mort.*

T... L., 48 ans, marié, bijoutier, entré *le* 12 *novembre* 1886, à l'hôpital de la Pitié, service de M. Polaillon, salle Broca, nº 16.

Antécédents. — Le malade dit avoir toussé toute sa vie. Il est marié et a eu un enfant qui est mort jeune du croup. Ses parents sont morts de vieillesse apparemment, l'un à l'âge de quatre-vingt-sept ans, l'autre à soixante-seize ans.

Le malade qui a toujours été bien portant jusque il y a deux ans, commence à cette époque à éprouver des douleurs dans

les reins. En même temps, il maigrit, perd l'appétit, et a des sueurs nocturnes. Il a été à la consultation de divers hôpitaux sans résultat. Vers le commencement du mois de *mars* 1886, un abcès vient apparaître dans le triangle de Scarpa droit, et devient si douloureux que tout mouvement de l'articulation coxo-fémorale est rendu impossible. *Le* 28 *décembre*, on ouvre l'abcès; il se trouve alors très soulagé, et les mouvements de l'articulation redeviennent possibles.

Le 13 *avril*. — On supprime le drain.

Le 17 *avril*. — Le malade est considéré comme guéri, on applique sur la petite plaie du collodion iodoformé, il reste seulement un peu de douleur vers les lombes.

Le malade sort guéri *le* 25 *avril* 1887.

Le 19 *janvier* 1888, il revient dans le service avec une suppuration excessivement abondante, et une fistule.

On le panse tous les deux jours. On lui donne deux cuillerées d'huile de foie de morue, la potion de Todd, et 1 granule d'atropine, car les sueurs nocturnes sont profuses.

Le malade a une fièvre vive et des sueurs vespérales; on lui administre 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Il présente des phénomènes généraux graves : amaigrissement, fièvre vespérale, crachats, sueurs.

Le 29 *janvier*, la cachexie devient manifeste.

Le 1er *février*. — On fait le pansement. On lui donne toujours du sulfate de quinine, quatre pilules de 0 gr. 10, du Banyuls, la potion de Todd, de l'atropine.

4 *février*. — Le malade a très peu d'appétit. Son état est un peu meilleur.

9 *février*. — La suppuration est moindre, et l'état général est assez bon.

Le malade est encore à l'hôpital, le 14 *juillet* 1889; *il y meurt à la fin de ce mois, sans qu'aucun traitement ait pu venir à bout de la suppuration et de la fistule persistante.*

Observation 165 (inédite). — *Ostéite iléo-lombaire. — Abcès périarticulaires. — Tuberculose pulmonaire. — Incision ; pas d'amélioration. — Nouveau drainage. — Amélioration. — Sortie de l'hôpital. — Récidives multiples. — Cachexie. — Mort.*

G... L., chauffeur à la Salpêtrière, âgé de 37 ans, entré le 15 *mai* 1887, salle Broca, n° 6, service de M. Polaillon.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le malade, à part des douleurs dans la région ilio-lombaire droite, prétend s'être toujours bien porté *jusqu'au mois de février* 1887, époque à laquelle il commença à maigrir considérablement et à avoir des sueurs abondantes pendant la nuit. Il n'a jamais toussé, dit-il, ni craché de sang.

Les premières douleurs qu'il ait ressenties dans la région iliaque postérieure datent cependant de 1885. Traité jusqu'en février 1887 par les bains de vapeur et les bains sulfureux, le malade n'éprouva aucune amélioration. Il dut même cesser tout travail, tant les douleurs étaient vives. On lui appliqua alors le traitement de la sciatique (pointes de feu, vésicatoires) sans obtenir plus de succès que précédemment.

Le 4 *mai*. — M. Terrillon, dans le service duquel il était entré, en explorant la région sacro-iliaque, y découvrit deux énormes abcès; il les incisa et plaça deux drains dans la plaie.

Le 15 *mai*. — Le malade entre dans le service de M. Polaillon. A l'examen de la région sacro-iliaque le stylet introduit à une profondeur de 8 cent. ne permet pas de sentir une dénudation osseuse. A la région antérieure droite, au-dessus de l'arcade de Fallope, la peau est rouge et tendue, douloureuse au toucher, il n'existe pas de fluctuation très nette.

Opération. — Le 18 *mai*. — On pratique à la région externe une large incision qui donne issue à une énorme collection purulente. Celle-ci envahissait la paroi abdominale et envoyait de nombreuses et profondes fusées. On place un drain volumineux et on fait un pansement humide.

Le 19 *mai*. — Le pansement est souillé par un pus abondant et fétide. Vaste décollement abdomino-crural. Etat général du malade assez bon. La température tombe de 38°5, jour de l'opération, à 37°4.

Pansements quotidiens. — La suppuration continue, le décollement persiste. La température monte de nouveau. Elle oscille autour de 38° avec des écarts assez grands.

Le 21 *mai*. — Elle atteint le soir 38°9, tombant le lendemain matin à 37°3.

Le 24 *mai*. — La plaie donne toujours beaucoup de pus. On continue les pansements humides. Température matin 38°,2, température soir 39°.

Le 27 *mai*. — Le malade se plaignant de sueurs profuses,

prend 1 granule d'atropine. Traitement général approprié, huile de foie de morue, etc.

Le 30 *mai*. — T° m. 37°,8. T. s. 39°,2.

Le 31 *mai*. — T. m. 37°,8. T. s. 39°3.

1er *juin*. — T. m. 37,5. T. s. 39°. A dater de ce jour, la température baisse ; il se produit une notable amélioration. Pus moins abondant et moins fétide. Bon état général.

Le 5 *juin*. — On enlève le drain de la plaie antérieure.

Il subsiste toujours un trajet assez étendu. La plaie fessière tend tous les jours à se cicatriser de plus en plus. Le malade commence à se lever.

Durant tout le mois de juin, le malade est en bon état général et local. Il part le 5 *juillet* pour Vincennes. La plaie fessière est complètement cicatrisée, la plaie abdominale toujours en état de moyenne suppuration. Le vaste décollement qu'on observait le 19 *mai* a beaucoup diminué et n'existe que dans une petite étendue.

Le malade est rentré depuis dans plusieurs hôpitaux et est mort en 1889, *en pleine cachexie, après avoir été plusieurs fois à Vincennes, et à la suite d'alternatives nombreuses d'aggravation et d'amélioration.*

Observation 166 (inédite, résumée). — *Carie du rocher*. — *Intervention incomplète*. — *Résultat nul*. — *Mort tardive*.

P. F..., typographe (52 ans), entre le 31 *octobre* 1887 à la Pitié, dans le service du Dr Polaillon, salle Broca.

Il a, nous dit-il, longtemps soigné sa femme atteinte de tuberculose ; lui-même présente dans les régions temporales des deux côtés, des abcès ossifluents.

A droite, l'abcès a été ouvert précédemment, et il reste une fistule par laquelle le stylet pénètre profondément.

A gauche, l'abcès plus volumineux n'a pas encore été ouvert. On fait une incision dans laquelle le stylet pénètre jusque sur le temporal qui est dénudé dans une grande étendue. On lave la plaie à l'acide phénique et on fait un pansement à l'iodoforme.

Dès le 13 *novembre*, le malade sort sur sa demande. Il est peu amélioré ; il y a vraisemblablement ostéite mastoïdienne, car il présente des trajets fistuleux à ce niveau.

Nous recherchons le malade en 1890 *et on nous apprend qu'il est mort à la suite de phénomènes cérébraux en* 1889.

Observation 167 (inédite, résumée). — B. E..., 15 ans et demi, entré le 13 juillet 1889, salle Michon, n° 55, service de M. le Pr Verneuil.

Ce petit malade présente un mal de Pott déjà assez ancien avec abcès fistuleux bilatéraux de la fesse et du trochanter. Il est chétif ; il paraît avoir 12 ans environ. Mauvais état général. Nous conseillons à la famille de lui éviter le séjour à l'hôpital. Il est donc soigné chez lui.

Nous recevons de ses nouvelles en 1890 : *il est mort le 29 décembre* 1889, en pleine cachexie tuberculeuse et avec *fistulisation complète de toute la ceinture osseuse du bassin*.

Observation 168 (inédite, résumée). — M. G..., entré le 11 juin 1887, salle Broca, n° 44, service de M. Polaillon. Ce malade offre des signes certains de tuberculose pulmonaire. Il présente de plus un mal de Pott sous-occipital suppuré : immobilisation par une minerve, traitement général ; le malade sort très amélioré du service, il reste cependant encore un trajet fistuleux.

Nous apprenons qu'il a succombé avec des phénomènes paraplégiques 6 *mois* après sa sortie de l'hôpital, malgré l'amendement passager des signes pulmonaires.

C. — Tuberculose pulmonaire consécutive a l'opération. Généralisation tardive

Quant à l'éclosion tardive d'accidents pulmonaires chez un opéré à quelque temps de son opération, ils peuvent avoir une signification différente : ou bien les lésions d'abord insignifiantes et méconnues s'aggravent et alors nous rentrons dans le cas précédent ; ou elles apparaissent d'abord dans le poumon, c'est que le but poursuivi a été manqué en partie, l'opération de la tuberculose locale ayant pour objet : 1° de faire disparaître la lésion locale ; 2° de *prévenir l'infection générale*.

Nous avons vu que bien rarement le sujet doit échapper à ce double danger, si la manifestation locale n'est elle-même qu'une expression de l'état général; cependant l'infection viscérale, un des facteurs de la tuberculose, peut manquer sous des conditions qu'il nous est actuellement impossible de prévoir, et l'issue est alors favorable.

Nos observations démontrent au moins la première partie de ces assertions; quant aux observations qui ont trait à l'explosion tardive des phénomènes pulmonaires, elles ne sont pas rares; mais elles peuvent être discutées, certains chirurgiens admettant que dans ces cas le malade guéri de sa tuberculose primitive a contracté une nouvelle infection à début viscéral, point fort litigieux que nous ne saurions discuter. Voici toutefois quelques observations qui ont rapport à ce sujet.

Observation 169 (inédite). *Ganglions probablement tuberculeux de la fosse iliaque. — Ponction à la seringue de Pravaz. — Funiculite. — Etat stationnaire. — Apparition de lésions pulmonaires méconnues. — Tuberculose pulmonaire. — Mort tardive.*

M..., P., 38 ans, imprimeur, entré le 30 mars 1887, salle Broca, service de M. Polaillon.

Chez ce malade, M. Polaillon a constaté la présence de ganglions tuberculeux; il y aurait des lésions de la prostate. Je n'ai pas pratiqué le toucher moi-même. Il y a six semaines, apparut brusquement une tumeur au-dessus de l'arcade de Fallope droite; pas de constipation. On badigeonne la tumeur avec de la teinture d'iode; néanmoins la tumeur grossit, le malade a de la fièvre, mais il va régulièrement à la selle et a bon appétit. Il n'a pas d'antécédents vénériens; l'auscultation n'est point faite avec soin, car le malade est en très bon état général.

Au moment où nous le voyons, nous constatons au-dessus de l'arcade de Fallope une tumeur du volume d'une belle mandarine, et qui nous paraît solide; elle n'est pas douloureuse à la palpation; nous ne trouvons de plaie ni au pied droit, ni aux organes génitaux; au même niveau, on remarque

du côté gauche une tumeur, de la grosseur d'une noix, divisée en deux par un sillon, et constituée probablement par deux ganglions lymphatiques; les ganglions du pli de l'aine sont un peu volumineux, durs, roulant sous le doigt.

A droite, sur l'étendue autrefois recouverte par l'iode, la peau est un peu rouge au niveau de la tumeur, le malade ressent, surtout la nuit, des douleurs violentes.

Le lendemain, la tumeur du côté droit a un peu diminué. Le 2 *avril*, on fait dans cette tumeur une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz; on n'obtient aucun résultat. On administre alors au malade de l'iodure de potassium et du chloral.

Dans la nuit du 2 *au* 3 *avril*, le ventre se ballonne, le malade est pris de vomissements alimentaires, il n'a pas été à la selle depuis deux jours. On lui donne un lavement de glycérine.

Dans la journée du 3 *avril*, le malade éprouve des douleurs épigastriques, le testicule droit devient douloureux sans toutefois changer de volume; la tumeur de gauche augmente sensiblement de volume. On administre du Todd au malade, on lui applique un large cataplasme laudanisé. Nous remarquons un léger piqueté rose sur l'abdomen.

Le 5 *avril*, le malade va beaucoup mieux. Les coliques ont disparu. On badigeonne de teinture d'iode la tumeur droite qui est toujours dure.

Le 8 *avril*, douleur à gauche. Le malade va difficilement à la selle; un lavement ne produit aucun effet.

Le 10 *avril*, tuméfaction du ventre, douleurs très vives dans le mollet gauche au niveau duquel on ne sent pas de phlébite.

Le 11 *avril*, la tumeur du côté gauche est devenue volumineuse; le malade a maigri, il n'a pas d'appétit, sue abondamment. C'est dans cet état qu'il quitte l'hôpital sur sa demande; nous l'auscultons avant son départ; il présente des lésions pulmonaires.

Le malade meurt dans le courant de l'année, des progrès de la tuberculose pulmonaire.

Observation 170 (inédite). — *Tumeur blanche tibio-tarsienne, pas de tuberculose pulmonaire. — Amputation. — Réunion par seconde intention. — Succès opératoire. — Tuberculose pulmonaire ultérieure. — Mort.*

M. V..., G., âgé de 17 ans, cordonnier, entré à la Pitié, salle Broca, le 27 juin 1887, service de M. Polaillon, n'a pas de tare héréditaire ; lui-même est assez bien constitué : pas de lésions pulmonaires.

Il y a trois ans, le pied gauche gonfla à la suite d'entorses répétées. Le malade ne s'alita pas; on lui appliqua un silicate et il put continuer à marcher.

La douleur avait disparu, mais le gonflement avait persisté. Un an et demi après, il alla voir un rebouteur, et il y a quatre mois, à la suite de travail debout, la douleur est revenue et persiste encore.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, l'articulation tibio-tarsienne gauche est volumineuse. La mortaise tibio-péronière est élargie. Il y a empâtement des gouttières et une cicatrice au niveau du péroné. Les mouvements d'extension et de flexion sont un peu douloureux et s'accompagnent de quelques craquements qui paraissent venir des gaines. Il n'y a pas de mouvements de latéralité. La jambe du côté malade est légèrement amaigrie. Les poils y sont moins abondants. Le malade ne ressent pas de douleurs spontanées dans l'articulation. Les mouvements d'adduction et d'abduction ne sont pas douloureux. Le malade marche en appuyant sur le pied non malade, ce qui amène une claudication assez marquée.

Le 6 juillet, on lui fait de la compression simple avec de l'ouate et on constate alors que la gouttière rétro-malléolaire externe est très gonflée, molle, fluctuante et un peu douloureuse. On pense alors à un abcès qui s'ouvrirait peu après.

J'incise au bistouri, *le 17 juillet*, la gouttière rétro-malléolaire ; il en sort un pus grumeleux et j'introduis dans la plaie une tente de gaze iodoformée. On applique plusieurs pansements sans amélioration notable.

M. Polaillon conseille alors l'amputation qui est acceptée par le malade *le 30 juillet*.

On anesthésie par le chloroforme. On fait de la compression et on taille un lambeau cutané interne. On sectionne l'os à 6 centimètres des malléoles et on fait une suture au fil de soie. On applique un pansement de Lister humide.

Le 31 juillet, le malade souffre ; glace en permanence.

1er *août*. — La douleur est moindre. Le soir, l'état général

est assez bon. Il y a cependant un peu de fièvre. On continue les applications de glace.

On fait l'examen de la pièce : on trouve des fongosités et des points purulents nombreux, des gaines rétro-malléolaires de l'articulation tibio-tarsienne et calcanéo-astragalienne. Les cartilages présentent plusieurs points exfoliés et des points d'ostéite sous-jacents.

Le 3 *août*, on constate de l'adénite inguinale assez volumineuse verticale et horizontale, qui a augmenté, au dire du malade, mais n'est pas douloureuse. Cette adénite existait auparavant.

4 *août.* — On panse le malade. Il y a un peu de suppuration. On met un tube dans le milieu de la plaie, à la place d'un fil enlevé, et on retire les deux drains placés aux angles de la plaie.

8 *août.* — La suture est désunie. Elle se réunit par suppuration. Il y a quelques lambeaux sphacélés.

Les 9 et 10 août, l'état local reste stationnaire.

12 *août.* — La réunion se fait mieux, mais dans la profondeur seulement. Il y a un peu de suppuration.

16 *août.* — La plaie bourgeonne bien ; mais la suture s'est encore désunie.

26 *août.* — La plaie suppure et est violacée. Elle est presque cicatrisée le 28 *août.*

Le malade est envoyé à Vincennes.

Nous recherchons le malade en mars 1890, mais nous apprenons qu'il a succombé à la tuberculose pulmonaire développée postérieurement à l'opération.

Observation 171 (inédite). — *Tumeur blanche du poignet. — Pas de lésions pulmonaires appréciables. — Résection du poignet. — Succès opératoire. — Apparition d'accidents pulmonaires dans le cours du traitement (deux mois après l'opération). — Evolution lente des lésions pulmonaires. — Etat stationnaire deux ans après l'intervention.*

L..., Ph., 44 ans, raffineur, entré à la Pitié, salle Broca, n° 1, service de M. Polaillon, le 30 août 1887.

Le début remonte à 30 mois. Le malade n'a pas fait de chute ; pas de traumatisme ; pas de refroidissement brusque. Il prétend s'être surmené en travaillant. Il y eut d'abord un

peu de gonflement, mais pas de douleur. Il fut rapidement dans l'impossibilié de se servir de sa main.

Le malade offre depuis huit mois l'aspect actuel. La main est déformée, très gonflée au niveau de l'articulation radio-carpienne; les extenseurs sont paralysés et la main retombe en flexion. L'immobilité des doigts est presque complète. Les mouvements de flexion et d'extension de la main s'accompagnent de douleur notable. Il y a eu des craquements qui ont actuellement disparu.

Il fut soigné à Saint-Louis, quatre mois et demi, chez M. Péan. On lui mit des attelles et des pointes de feu. Il n'y eut pas d'amélioration.

2 *septembre.* — On le traite par la teinture d'iode et la compression ouatée.

3 *septembre.* — La compression est péniblement supportée.

6 *septembre.* — M. Polaillon voit le malade et porte le diagnostic de tumeur blanche du poignet. La résection est indiquée. Depuis la compression et la teinture d'iode, le gonflement est moins considérable.

9 *septembre.* — Bain : l'état général est bon, car bien que sans embonpoint, le malade ne tousse pas, n'a pas maigri, il se sent bien portant; rien à l'auscultation.

10 *septembre.* — *Opération :* Le malade est anesthésié au chloroforme. On pratique deux incisions latérales. Avec la rugine, on décolle toutes les parties molles dorsales, de telle sorte que l'on soulève la peau et les tendons. Puis on extrait les os du carpe un à un avec le davier. On trouve un foyer purulent. On place dans chaque incision un drain dorsal.

Incision spéciale à la paume pour laisser passer un drain palmaire.

Pansement humide. — Plâtre. — Bandage, ouate.

11 *septembre.* — Le pansement est traversé par le sang; on arrose au sublimé et on enveloppe d'ouate. Le malade va très bien.

23 *septembre.* — Nous enlevons l'ouate. Le pansement est taché seulement par le sang. On le laisse en place et on réapplique l'ouate.

28 *septembre.* — On refait le pansement. Nous supprimons les trois drains et deux fils d'argent. Il n'en reste pas d'autre.

Nous laissons le plâtre en place. Il n'y a pas eu de suppuration, mais seulement un écoulement sanguin. Les orifices laissés par les drains eux-mêmes ne sont pas purulents. On lave à l'eau phéniquée et on applique un pansement iodoformé et ouaté. Rien de particulier, si ce n'est qu'il y a toujours un peu de douleur du côté du pouce.

Du 10 *septembre au* 16, la température s'est maintenue entre 36°2 et 37°5.

14 *octobre.* — Deuxième pansement. L'état est parfait. On fait le lavage de la région et on fait le pansement avec de la gaze iodoformée et de la poudre d'iodoforme.

24 *novembre.* — Le malade tousse, crachats purulents et sanguinolents; à l'auscultation on entend des râles nombreux des sommets et il se fait un *début de tuberculisation.*

28 *novembre.* — Le malade a depuis deux jours une angine, il prend un gargarisme émollient.

5 *décembre.* — Le pansement est enlevé. La réunion des incisions latérales est très bonne. La main ne tombe pas dans le relâchement complet, mais les mouvements d'extension sont impossibles. Il ne peut saisir un objet, les doigts restant presque dans l'extension.

2 *janvier* 1888. — Il sort avec un bandage roulé et une attelle. Il remue un peu les doigts, mais ne peut les fléchir complètement, il continue à tousser et à cracher.

Nous recherchons le malade en mars 1890. Il est à l'hôpital de Bicêtre en état général stationnaire.

Nous n'avons pu constater l'état de la main.

Pour terminer ce chapitre, nous ferons remarquer que la tuberculose a, dans l'un comme dans l'autre cas, suivi une marche prévue. Dans le premier (aggravation postérieure à l'opération), il y a eu tuberculose générale, puis pulmonaire, enfin périphérique et finalement poussée viscérale; dans le second, il y a eu tuberculose générale, détermination périphérique, enfin poussée viscérale.

Enfin, il est une autre alternative qui peut encore se présenter : c'est la granulie aiguë, tardive avec généralisation, rapportée encore par beaucoup d'auteurs à une cause inter-

currente et qu'il est en effet bien difficile d'imputer aux suites éloignées de l'intervention, les points de comparaison manquant complètement et les mêmes accidents ayant pu se produire en dehors de toute intervention chirurgicale, à une époque plus ou moins reculée.

Observation 172 (inédite, résumée). — B..., âgé de 35 ans, a été soigné il y a plusieurs années par M. Verneuil, pour une coxalgie.

A la suite d'un traitement de plusieurs mois, l'amélioration locale a été considérable, et il a pu reprendre un travail fatigant ; la marche se fait bien. Puis bon état général ; toutes les fonctions sont normales. Embonpoint moyen. A la suite d'un travail rude pendant l'hiver 1889-90, le malade tombe subitement malade, il se plaint d'oppression, de faiblesse générale, et il est obligé de s'aliter en mars 1890.

Les lésions pulmonaires évoluent et prennent dès le commencement d'avril une allure rapide. Le 30 avril, le malade peut être considéré comme irrévocablement perdu à bref délai.

L'état local s'est maintenu satisfaisant.

Quant à la généralisation tardive, en voici deux exemples tirés de la thèse de Reboul.

Obs. CCXXXVI (Ardle, *The Dublin journ. of med. sciences*, fév. 1889, obs. II). — Synovite tuberculeuse de la gaine des fléchisseurs et des extenseurs. Incision. Grattage. Drainage. Succès opératoire et thérapeutique. Pneumonie tuberculeuse aiguë avec généralisation trois ans après.

Obs. LVIII (Prof. Sacré, *Journ. méd. Bruxelles*, 1889). — Tumeur blanche du genou. Ponction et injection intra-articulaire à l'acide phénique à 25 °/₀. Amélioration. Récidive. Amputation de cuisse. Réunion par première intention. Guérison. Mort de tuberculose généralisée deux mois et demi plus tard.

3° RÉSULTATS DE NOTRE STATISTIQUE

CHAPITRE VIII

Statistique générale des résultats éloignés

Mais pour apporter aussi une modeste contribution à la solution de cette importante question, il n'est pas sans intérêt de publier les relevés assez nombreux que nous avons pu faire durant nos quatre années d'internat, et de discuter les résultats que nous avons pu constater. Dans cette énumération des résultats éloignés et des complications que nous avons vu survenir soit chez les opérés, soit chez les malades traités par l'expectation, nous avons apporté tout le soin et la rigueur désirables, ne nous contentant jamais des demi-résultats, et ne satisfaisant au désir de constater des guérisons que lorsque celles-ci sont bien et dûment établies. Mais, dira-t-on, vous avez revu peu de malades ! Cela est vrai pour les malades dont nous avons recueilli l'observation au moment où ils entrèrent en traitement ; cela n'est plus lorsque nous constatons l'état des malades de notre maître, véritable clientèle parfois intelligente, souvent fidèle, sur laquelle nous avons eu les renseignements les plus exacts. Mais, dira-t-on encore, en n'admettant que des guérisons totales vous chargez les résultats. Oui sans doute, mais n'est-ce pas suffisant de placer dans la classe des améliorés tous les malheureux qui pâtissent sous le joug de la tuberculose et doit-on compter comme guéris ceux que quelque symptôme persistant tient toujours en imminence de péril ? Qu'en ce qui concerne les résultats immédiats une bonne cicatrisation, la réunion

complète et la reprise des fonctions du membre suffisent à la satisfaction du chirurgien, c'est bien : il n'en est plus de même en ce qui concerne les résultats éloignés, puisque l'on admet que le but de l'intervention était à la fois d'éloigner un danger pressant et de préserver l'avenir.

Ce que l'on pourrait nous reprocher surtout c'est de rester encore au-dessous de la vérité, car, si nos opérés du Midi ont été revus après un intervalle de 4 ans, ceux du service de M. Polaillon ne sont opérés que depuis 3 ans : ceux de M. Le Fort depuis deux. Ces dates sont assez lointaines cependant pour nous donner de bonnes indications ; les très anciens malades revus chez M. Verneuil nous autorisent surtout à conclure hardiment, — d'ailleurs il serait presque impossible de tarder plus longtemps à revoir les malades lorsqu'on a affaire à la population essentiellement « nomade » des hôpitaux.

Aux résultats de la statistique des auteurs il est intéressant de joindre la nôtre : nous la prendrons d'abord dans la brutalité de ses chiffres d'ensemble, puis nous étudierons le pronostic éloigné de chaque affection, suivant qu'il y a eu ou non intervention ; enfin dans chaque affection nous discuterons les résultats fournis par chaque mode opératoire.

Nous avons pu après de nombreux efforts revoir 97 malades antérieurement traités : dans un tableau analogue à celui qui figure au bas de la page 27 (*ensemble des résultats éloignés*), nous faisons figurer le nombre des malades revus classés par affection, et en regard nous indiquons le nombre de ceux qui ont subi une opération grande ou petite ; les autres ayant été traités par l'expectation, les topiques, ou la médication interne, par les appareils en ce qui concerne la tuberculose articulaire.

STATISTIQUE GÉNÉRA

Résultats imm

	Testicules tuberculeux	Fistules anales et abcès	Empyèmes Estlander	Tuberculose ganglionnaire	Abcès froids tuberculose cutanée et superficielle	Mal de Pott et sous-occipital	Tuberculose costale	Ostéites des membres
Service de M. Humbert..	13	»	»	25	1	»	»	»
Service de M. Le Fort...	4	7	2	5	2	1	4	2
Service de M. Polaillon...	7	9	4	21	9	9	7	6
Service de M. Verneuil...	6	13	1	12	2	6	4	5
TOTAL.....	30	29	7	63	14	16	15	13
Expectation.....	4	3	»	4	2	6	6	2
Traitement pharmaceutique.....	10	»	»	7	»	1	»	1
Topiques.....	4	2	»	»	1	2	»	1
Castration.....	5	»	»	»	»	»	»	2 trépan.
Thermocautère.....	5	14	»	4	»	1	»	»
Incision.....	»	8	»	8	5	»	»	2
Grattage.....	»	1	»	12	2	3	4	3
Injections iodoformées....	2 chlor. de zinc	1	»	8	3	3	1	»
Amputation.....	»	»	»	»	»	»	»	1
Résection ou extirpation...	»	»	7	20	1	»	4	1
Redressement ou appareils	»	»	»	»	»	»	»	»
Scrofule antérieure.....	4	4	3	17	2	4	1	1
Pas de scrofule antérieure.	2	»	»	5	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire notée.....	3	13	4	7	5	8	4	2
Pas de tuberculose pulmonaire....	9	10	»	17	3	4	3	3
Absence de renseignements sur la tuberculose pulmonaire.	18	6	3	39	6	4	8	8
Guérison.....	5	10	»	34	6	2	3	2
Amélioration.....	15	12	3	18	5	6	6	5
Statu quo.....	9	4	4	7	3	6	5	6
Aggravation locale.....	»	»	»	2	»	1	1	»
Aggravation générale.....	»	2	2	4	2	1	3	»
Mort de tuberculose pulmonaire.....	»	»	»	1	1	1	»	»
Généralisation. Mort (Méningite.... / Granulie....)	»	1	»	»	1	»	»	»
Resté en traitement.....	1	»	»	1	»	1	»	»
Malades perdus de vue...	19	19	3	49	8	8	11	4
Malades revus.....	11	10	4	14	6	8	4	9
Guérison locale.....	5	4	..	6	2	»	»	»
Amélioration locale.....	4	1	1	»	»	»	2	2
Statu quo local.....	1	»	2	1	»	1	»	2
Aggravation locale.....	»	»	1	»	1	»	»	»
Récidive locale.....	1	5	»	5	2	2	2	4
Récidive à distance.....	2	2	»	1	1	»	1	1
Tuberculose pulmonaire..	»	»	»	»	»	»	»	»
Mort.....	»	»	»	1	»	5	»	»

NOS OBSERVATIONS

ignés

Scapulalgie	Tumeurs blanches du coude	Tumeurs blanches du poignet	Coxalgie	Tumeurs blanches du genou	Tumeurs blanches des os du pied	Ulcération des amygdales	Ulcération de la langue	Rétrécissement de l'urèthre	Végétations rectales	Phlegmon de jambe	Abcès du sein
»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»
»	»	»	2	1	2	»	»	»	»	»	1
2	4	3	12	5	6	»	»	»	»	»	»
2	1	1	2	8	1	1	1	»	1	»	»
4	5	4	16	14	9	1	1	1	1	1	1
»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»
»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»
»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	1
»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	1	3	»	»	»	»	1	»
4	4	2	2	2	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	11	8	3	»	»	»	»	»	»
»	1	1	»	1	1	»	1	»	»	»	»
»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»
2	»	1	1	3	3	»	»	1	1	1	1
1	1	1	3	1	2	1	1	»	»	»	»
1	4	2	10	8	4	»	»	»	»	»	»
»	3	2	6	2	5	»	1	»	»	»	»
1 cal et 1 gén.	1	»	4	4	3	1	»	»	»	1	»
1 local	1	1	4	3	»	»	»	»	»	»	»
»	»	1	2	1	»	»	»	»	»	»	»
1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»
1	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	1
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3	1	3	10	10	3	»	»	»	»	»	»
1	4	1	6	4	6	1	1	»	»	»	»
»	4	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»
»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
1	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
»	»	»	3	1	1	»	»	»	»	»	»
»	»	»	2	»	3	»	»	»	»	»	»
»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»

	Nombre de malades revus.	*Nombre d'int. chirurgicales.*
	Nombre de cas	
Ganglions tuberculeux suppurés ou non.	14	13
Tub. cutanée. Gommes. Abcès froids.....	6	4
Fistules ano-périnéales tuberculeuses ...	12	12
Testicules tuberculeux.....	13	9
Ostéites des membres.....	9	7
Carie du rocher.....	2	2
Tuberculose costo-sternale.....	5	3
Empyème-Estlander.....	4	4
Tuberculose artic. de l'épaule.....	1	1
— — du coude	4	4
— — du poignet.....	1	1
— — coxalgie	6	2
— — genou.....	4	1
— — pied	6	6
Mal de Pott.....	8	4
Synovites.....	2	2
TOTAL.....	97	75

En résumé le bilan thérapeutique de ces 97 malades se résume ainsi :

76 interventions.
22 cas où l'on a employé la médication pharmaceutique ou les appareils.

9

Nous confondons dans le chiffre des interventions les opérations graves et légères et la pratique de nos maîtres d'internat.

Le traitement de ces malades, expectation et intervention comprises, nous a donné les résultats *éloignés* suivants :

Guérison.....	26
Amélioration.....	12
État stationnaire.....	11
Aggravation locale.....	2
Récidive locale.....	26

Récidive à distance..... 13
Mort de tuberculose pulmonaire..... 8

98 (1)

soit en chiffres plus simples.

Résultats bons 38 (dont 12 médiocres).
— nuls 11
— mauvais 49 (dont 8 morts).

soit encore 38 *résultats désirables* et 60 *échecs.*

Si l'on se reporte dès maintenant à la page 29 de notre mémoire où sur 273 résultats *immédiats* 178 étaient bons, 56 nuls et 39 mauvais, on verra combien diffèrent les suites immédiates et éloignées des diverses méthodes de traitement appliquées aux tuberculoses chirurgicales; bien que dans ces suites éloignées les morts par tuberculose ne figurent qu'au nombre de 8, nous n'hésitons pas à les déclarer beaucoup plus fréquentes, un grand nombre d'observations n'ayant pu être complétées par suite de décès ignorés de nous.

En se reportant d'autre part à quelques-unes de nos observations où l'issue fatale ou simplement les suites défavorables ne se sont affirmées que tardivement, nous comprendrons comment, obligés d'assigner un terme à nos observations pour les comprendre dans notre travail, nous pouvons considérer la publication de l'observation comme antérieure à la récidive, sans que le temps écoulé (malades de Necker et de la Pitié 1889) fût suffisant pour affirmer une guérison durable.

Aussi nos conclusions diffèrent-elles totalement de celles que nous avions formulées page 29, à propos des suites immédiates, et nous sommes autorisé à affirmer :

1° *Que les résultats éloignés sont loin d'être satisfaisants;*

2° *Que la récidive locale ou à distance, que les résultats nuls grèvent les suites éloignées dans la proportion de 3/5;*

3° *Enfin que l'ablation de la tuberculose dite locale ne saurait prévenir à coup sûr les accidents pulmonaires.*

(1) Ce chiffre est supérieur d'une unité au total des malades revus : on en trouvera la raison dans une note de la page 29.

CHAPITRE IX

Opinion de quelques auteurs sur la valeur des résultats éloignés

En résumé, maintien de la guérison, maintien de l'état local dans le *statu quo*, guérison ou amélioration persistante de l'état général, guérison locale au prix d'une cicatrice difforme ou d'une mutilation, telles sont les alternatives qui composent le bilan des résultats éloignés favorables.

Nous avons parlé des complications éloignées et réuni en un même paragraphe les résultats de notre enquête sur nos anciens malades, résultats favorables ou complications ; nous examinerons rapidement l'opinion des membres du Congrès sur les résultats éloignés, et nous dirons quelle est leur statistique en déplorant une fois de plus que pour beaucoup l'enquête ultérieure eût été impossible.

« Les *résultats éloignés,* dit M. le professeur Verneuil, peuvent comme les résultats immédiats être *bons ;* ils sont rares, mais existent pour certaines régions privilégiées (le coude par exemple, constatation que nous avons faite de notre côté).

Les autres sont *médiocres ou nuls;* l'évolution tuberculeuse un instant arrêtée reprend son cours, et les opérés pour affections tuberculeuses ne deviennent jamais bien vieux. Je ne me rappelle pas avoir rencontré beaucoup d'amputés pour tumeur blanche, dix ans après l'opération.

A cet égard, j'ai interrogé M. Marjolin, lui demandant s'il revoyait quelquefois les petits scrofuleux qu'il avait amputés autrefois, et M. Marjolin m'a répondu que c'était bien exceptionnel. Ma conclusion est donc qu'on a le droit d'être optimiste quand il s'agit des résultats immédiats, mais qu'on a

moins raison de se réjouir des opérations quand on recherche ce que sont devenus dans la suite les opérés.

M. Ollier regrette de n'avoir pas suivi assez longtemps trente-deux ablations de l'astragale pour pouvoir tirer des conclusions formelles au point de vue des résultats éloignés ; mais il a, dit-il, des malades tuberculeux opérés depuis cinq à six ans qui se portent bien et chez qui il *ne craint pas de récidive* (1). Au point de vue des résultats éloignés, ce chirurgien préfère la résection à l'amputation, proposition qu'il faut renverser, à son sens, si l'on s'occupe seulement des résultats immédiats.

M. Demosthène (de Bucharest), dont l'expérience est grande puisqu'il a à son actif 281 opérations, apprécie en ces termes les résultats éloignés : « Beaucoup de mes malades ont été mis par l'opération à l'abri de manifestations tuberculeuses ultérieures. Dans les gangliophymies la récidive est le plus habituellement précoce, survenant dans les premiers mois. Les bons effets des opérations qui portent sur les articulations se maintiennent davantage et se maintiennent plus encore quand on s'adresse à des lésions osseuses. Les abcès tuberculeux m'ont paru tout particulièrement redoutables par la progression qu'ils présentent à se multiplier ; dans les cas de lésions articulaires, l'amputation fournit des résultats plus durables que la résection ; dans les cas de lésions osseuses prises au début, les opérations conservatrices peuvent donner de bons résultats.

« En résumé, les résultats immédiats des opérations chez les tuberculeux sont satisfaisants; *les résultats éloignés* dépendent de plusieurs circonstances et, en particulier, du genre d'opération, du siège du mal, de l'âge du malade et de l'état général. Les opérations ne garantissent pas l'avenir mais donnent des résultats qu'on ne peut pas négliger. »

(1) Voir notre observation 139 (récidive à distance au bout de quatorze ans).

« L'extirpation des tuberculoses locales peut donner, dit M. Mollière, des résultats durables sinon définitifs et préserver l'organisme de l'infection générale, en ce qui concerne les tuberculoses osseuses.

« 1° Pour le membre supérieur, les opérations conservatrices peuvent donner des résultats durables au double point de vue fonctionnel et vital.

« 2° Pour le membre inférieur, les résultats fonctionnels de ces opérations n'ont qu'une durée limitée (deux ou trois ans). Les résultats curatifs sont nuls.

« 3° L'amputation pratiquée à temps donne des résultats beaucoup plus durables sinon définitifs (ces conclusions ne sont applicables qu'aux adultes). » (*Semaine médicale*, 1889, page 379.)

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), avec un optimisme qui contraste singulièrement avec la réserve des autres membres du Congrès, affirme que les résultats éloignés sont *non moins précieux* que les résultats immédiats; tout en sauvegardant le présent le bistouri préserve l'avenir.

C'est encore en faveur de ces résultats que conclut M. Routier : « Les résultats éloignés, dit-il, m'ont paru *avantageux*, je n'ai eu que des succès avec mes amputations et mes résections ; les ganglions tuberculeux m'ont donné plusieurs fois des récidives. L'état général est plutôt influencé en bien et les résultats éloignés sont *encourageants*. » M. Routier a-t-il revu tous ses opérés longtemps après l'intervention ? telle est la question que suggère immédiatement la lecture de ses conclusions, si différentes des réserves qu'y apportent les chirurgiens mêmes qui plaident en faveur de l'intervention.

M. Le Dentu est aussi favorable aux interventions : « Pour moi, les opérations tentées contre les affections tuberculeuses locales sont fréquemment efficaces à la condition qu'on les fasse complètes et de façon précoce. J'ai même noté souvent que les lésions tuberculeuses existantes qui n'étaient point

intéressées directement par l'acte opératoire étaient souvent très heureusement influencées, bien loin d'être aggravées. » Et il cite à l'appui un cas ancien d'extirpation du rein, un cas de guérison de cystite tuberculeuse maintenue depuis trois ans, un autre depuis deux ans.

L'importante statistique de M. Bœckel comprend 17 amputations dont 16 guérisons, quelques-unes datant de 14, 12 et 9 ans. Sur 22 amputations de jambe et de bras, 19 guérisons, dont 5 ont été perdues de vue et 2 sont morts de phtisie.

Sur 127 grandes résections (épaule, 6 ; coude, 12 ; poignet, 2 ; hanche, 32 ; genou, 58 ; pied, 17), il y eut 111 guérisons immédiates et 12, 6 0/0 de mortalité. Les résultats éloignés en sont intéressants; il y eut 16 morts assez rapides dont 9 par tuberculose, et 14 morts tardives dont 11 par tuberculose; sur 24 cas de résections osseuses diverses, il y eut 15 guérisons durables et 9 morts tardives. L'auteur croit les résections moins graves que les amputations.

Tout autre est l'opinion de M. Léonté (de Bucharest) : « La récidive constitue l'écueil contre lequel presque inévitablement tous nos efforts se brisent dans cette lutte contre les tuberculoses locales. Aussi je préfère encore les injections interstitielles médicamenteuses à toute opération, regardant ces injections comme aussi efficaces et plus conservatrices. »

M. Schwartz, dans sa statistique, compte sur 10 résections du genou 3 récidives ayant nécessité l'amputation et le grattage d'un vaste abcès froid; la résection du coude date d'un an et est en bon état; une résection du poignet a donné une récidive et il a fallu amputer, les amputations ont guéri ; 6 castrations ayant donné 1 cas de prostatite tuberculeuse, 1 cas de mort par tuberculose pulmonaire. Les autres auraient guéri. Les extirpations de ganglions ont été bonnes, sauf celles du cou qui ont récidivé trois fois sur quatre.

Enfin M. Iscowesco cite 12 cas de mal de Pott où il y a eu intervention, c'est-à-dire ouverture des abcès, grattage, drainage, injection iodoformée. Sur ces 12 cas, il y eut une guérison relative et 11 morts. Sur 6 cas où il n'y eut pas d'intervention, il y eut 1 mort.

Au même Congrès, M. Larger présentait une jeune fille qui avait subi la résection du coude il y a 5 ans, pour tumeur blanche du coude grave, et dont la guérison s'était bien maintenue.

En résumé, nous trouvons les opinions les plus opposées, mais à part quelques affirmations tout à fait optimistes, il semble résulter de la lecture réfléchie des comptes rendus : 1° *qu'il y a presque unanimité pour déclarer l'excellence des résultats immédiats ;* 2° *que le pronostic est de beaucoup plus réservé en ce qui concerne les résultats éloignés, l'opération pouvant donner un bon résultat, mais celui-ci n'étant durable que sous certaines conditions, la récidive restant toujours imminente.* Or, ce fait de la récidive éloignée qui apparaît dans beaucoup de statistiques, forme une importante restriction sur la nature même de ces suites éloignées, et on verra dans les résultats que nous donnons ailleurs qu'il faut en tenir un grand compte. Mais pour pouvoir en bien juger, pour comprendre pour ainsi dire ces récidives qui tardent parfois dans leur apparition, il faut de toute nécessité suivre longtemps après l'opération le malade qui s'est soumis à l'intervention. C'est pour s'être évité cette besogne que quelques chirurgiens ont autrefois trop facilement conclu à l'excellence des résultats, et, sans le citer, nous avons lu tel auteur qui admettait que le fait de ne pas revoir un malade, malgré ses promesses, constituait une garantie de guérison. C'est là, on en conviendra, une singulière façon de comprendre la rigueur scientifique et nous avons voulu, au prix de quelques démarches, éviter une pareille assertion absolument gratuite et dénuée de fondement.

CINQUIÈME PARTIE

DES CAUSES QUI FONT VARIER LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES. RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES OBSERVÉS DANS CHAQUE CATÉGORIE D'INTERVENTIONS. CHOIX DE L'OPÉRATION.

CHAPITRE PREMIER

Siège et nature de la lésion. Coexistence de lésions pulmonaires

Enfin pour tirer des indications consignées dans nos tableaux tout le parti possible, il nous reste à établir une vue d'ensemble du pronostic des tuberculoses locales, indépendamment du traitement appliqué et n'ayant égard qu'au siège de la lésion ; ce sera la contre-partie des considérations que nous avons émises page 220 sur le pronostic immédiat.

Tuberculose testiculaire. — Ainsi que nous l'avions déjà noté, le pronostic de la tuberculose testiculaire, grave au point de vue fonctionnel, l'est beaucoup moins en ce qui concerne la survie du sujet. Nous avons même cité des cas où malgré l'énergique cautérisation par le thermo-cautère, la spermatogenèse avait pu persister malgré l'intervention bilatérale.

Observation 173 (inédite). — *Ganglions cervicaux abcédés. — Guérison spontanée. — Tuberculose scrotale qui n'évolue pas. — Orchite blennorrhagique. — Tuberculose testiculaire avec lésions prostatiques et tuberculose pulmonaire. — Cautérisation interstitielle profonde. — Bon état local quatre ans après l'opération.*

C... E..., 19 ans, journalier, entré le 22 *octobre* 1889, salle Michon, n° 59, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une fièvre typhoïde ; il était alcoolique. Sa mère est bien portante, pas d'antécédents syphilitiques. Il a eu deux frères : l'un est mort-né, l'autre est mort à l'âge de deux ans.

Antécédents personnels. — Le malade a eu à quatre ans une angine diphtéritique ; à part cela, il a toujours été bien portant ; il n'a jamais eu ni blépharite, ni otite, ni gourmes pendant son enfance.

Au mois de *juin* 1888, à l'âge de 18 ans, le malade a eu dans la région sous-maxillaire gauche une petite tumeur qui s'est abcédée au bout de trois mois : la cicatrisation ne s'est faite qu'au bout de deux mois.

Au mois *d'août* de la même année, le malade a reçu un coup de pied au niveau du testicule droit ; il s'est produit à la partie supéro-externe droite du scrotum une petite tumeur du volume d'une noisette, qui n'était pas douloureuse ; elle s'est transformée en abcès assez rapidement. Au dire du malade, cette petite tumeur était tout à fait indépendante du testicule. On l'incisa et il en résulta une fistule qui mit environ trois semaines à se fermer.

Au mois de *juillet* 1889, le malade contracta une blennorrhagie qui se compliqua au bout de quinze jours d'une orchite.

Bien soignée, l'orchite disparut en cinq ou six jours, au dire du malade ; il continua à travailler et négligea de porter un suspensoir.

Environ deux semaines après la guérison de cette orchite, le malade s'aperçut que son testicule droit était tuméfié et légèrement douloureux ; il se soigna peu et continua à travailler. Bientôt le volume de la glande s'accrut : il se forma un abcès au tiers supérieur de la face antérieure du scrotum, abcès qui s'est ouvert spontanément il y a quinze jours et qui est l'origine de l'ulcération que l'on constate aujourd'hui.

Actuellement. — Le testicule droit est volumineux, induré, de la grosseur d'un œuf de poule ; la peau est rouge, épaissie, adhérente. On constate une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes au niveau de l'abcès primitif, ses bords sont taillés à pic ; son fond est jaunâtre.

Au-dessous de l'ulcération se trouve une poche fluctuante de la grosseur d'une noisette. Le reste de la glande est induré et irrégulier au toucher. Le testicule gauche semble diminué

de volume. Au toucher rectal, on constate que la prostate est irrégulière, volumineuse et indurée par places. Les vésicules séminales semblent aussi renfermer des noyaux indurés.

Opération le 28 octobre. Thermocautérisation très profonde : destruction du testicule. Introduction de crayons iodoformés.

Sortie le 14 *décembre* 1889 ; il reste encore des fistules.

Le malade a pris de l'iodoforme chez lui (cinq centigrammes), il a gagné de l'embonpoint; il pesait 56 kilogrammes quinze jours après son opération.

Nous le revoyons une première fois quelque temps après sa sortie de l'hôpital : l'état général est bon et le malade a repris meilleur aspect ; les orifices créés par le thermocautère se sont oblitérés, à l'exception de trois d'entre eux qui suppurent encore, le cordon qui était induré est aujourd'hui tout à fait souple ; le malade suit exactement la médication interne à l'iodoforme.

Le malade a été revu le 25 février 1890. L'état local est bon, le testicule droit est resté gros et présente toujours deux trajets fistuleux. Le malade a encore, dit-il, des érections et la sécrétion spermatique n'aurait pas été modifiée par l'opération (?). Il ne tousse pas, mais il s'essoufle facilement et est encore maigre, moins cependant qu'avant l'opération, il continue à prendre de l'iodoforme.

Nous y relevons, sur 13 malades revus, le chiffre important de 5 guérisons, 4 améliorations ; 1 résultat nul, 1 récidive locale et 2 récidives à distance. Pas d'accidents graves; par conséquent tout au plus peut-on dire que la lésion tenace et parfois rebelle expose, sous des apparences d'état stationnaire, le malade au réveil des accidents aigus.

Observation 174 (inédite, résumée). — *Tuberculose testiculaire. — Expectation. — État stationnaire durable.*

D... F..., âgé de 52 ans, terrassier, entre à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Le Fort, salle Saint-Pierre, n° 19, le 1er *février* 1888, avec une tuberculose testiculaire très nette.

Antécédents héréditaires. — Les parents du malade sont bien portants, son frère est mort phymateux.

Antécédents personnels. — Le malade n'a pas *eu de blennorrhagie* ni de syphilis : pas de traumatisme antérieur.

Le *début* a passé inaperçu : il y a quatre ou cinq mois qu'il s'est aperçu de la présence de la lésion, le testicule devenant pesant ; indolence absolue d'ailleurs ; pas de traitement à cette époque. La veille de son entrée à l'hôpital, un médecin en ville diagnostique *hydrocèle*, et ponctionne trois fois à la seringue de Pravaz. La ponction est sans résultat.

Actuellement, la bourse droite a le volume d'un œuf de dinde; elle est assez lourde, mais elle n'est pas douloureuse. Il y a rénitence et élasticité, transparence limitée en avant et en dehors. La peau est souple, un peu ecchymotique (ponctions antérieures), elle ne présente pas d'adhérences. En arrière on constate une notable induration épididymaire. L'ensemble de la tumeur est accolé au collet inguino-crural.

Le 2 février, on fait une ponction à la seringue de Pravaz, et on retire un liquide citrin. On ne vide pas l'hydrocèle.

Le 3 février, la bourse est flasque. Le liquide s'est diffusé dans les bourses qui sont œdémateuses, infiltrées et ecchymotiques. On sent alors le testicule qui paraît sain, mais on constate encore la présence de liquide.

L'épididyme, du côté de la queue, est induré et bosselé ; le cordon est indemne. Du côté de la prostate on ne remarque rien.

État à la sortie. — Les bourses ne sont plus infiltrées de liquide. On trouve encore un peu de liquide dans la vaginale. L'épididyme est bosselé. Le malade n'éprouve pas de douleurs et il sort amélioré par le repos le 6 février 1888.

Nous pouvons le revoir le 2 mars 1890 : *il travaille, est bien portant, et présente un notable embonpoint. Les lésions testiculaires sont stationnaires, plutôt moins accusées qu'au moment de l'entrée à l'hôpital.*

Observation 175 (inédite, résumée). — *Tuberculose testiculaire. — Traitement général. — Amélioration persistante.*

P..., entré *le 13 septembre* 1886, salle 3, n° 17, hôpital du Midi, service de M. Humbert.

Antécédents. — Nuls.

Ce malade vient de la salle 8, et est porteur d'un testicule phymateux : il ne paraît pas y avoir tuberculose pulmonaire.

Traitement. — Trois grammes d'iodure de potassium et deux cuillerées d'huile de foie de morue ; repos.

Le malade sort *le* 15 *septembre.*

Il a été retrouvé au mois de février 1890; *il va bien ; nous n'avons pas de renseignements sur l'état local des lésions ; le malade les dit cependant stationnaires.*

Observation 176 (inédite, résumée). — *Epididymite tuberculeuse. — Iodoforme à l'intérieur. — Les lésions n'évoluent pas.*

L... E..., 27 ans, maçon, entre salle Michon, n° 60, service de M. Verneuil, le 13 août 1889.

Pas d'antécédents de famille.

Le malade est resté trente-trois mois à la Guadeloupe où il a eu quelques accès de fièvre paludique sans importance. Depuis son retour en France il n'a eu aucun accès de fièvre.

En 1886 il a eu une blennorrhagie qu'il n'a pas soignée.

En 1887 il a eu une orchite provenant manifestement d'un écoulement persistant. En quinze jours l'orchite a disparu, mais la goutte a persisté jusqu'à ces derniers temps.

Le 10 *août* 1889 le malade a ressenti une douleur au niveau du testicule droit légèrement augmenté de volume. Le lendemain et le surlendemain la douleur et le gonflement ont encore augmenté.

Le 13 *août.* A son entrée à l'hôpital, on constate que le malade porte une épididymite volumineuse, surtout au niveau de la tête et de la queue de l'organe ; le testicule est à peu près normal ; il y a peu d'épanchement dans la vaginale.

Le cordon a la forme et le volume d'une plume d'oie.

La partie inférieure du cordon est elle-même atteinte en masse et forme une tumeur de la grosseur du doigt environ et longue de deux centimètres.

Les enveloppes du testicule présentent une légère rougeur, mais elles sont souples et mobiles : pas d'adhérences.

Au toucher rectal on ne trouve rien à la prostate.

Pas de signes de tuberculose bien nets dans les organes respiratoires. Le malade n'a jamais eu de troubles de ce côté. Il y a peut-être une légère expiration saccadée et prolongée au niveau du sommet gauche.

Le diagnostic porté est : orchite tuberculeuse.

Repos au lit. Onctions belladonées.

Le 16 *août*. La tumeur semble avoir diminué; la douleur a disparu : l'épididyme reste dur.

On prescrit une pilule d'iodoforme de cinq centigrammes.

Revu en février 1890 *le malade va bien ; il travaille et continue son traitement iodoformé ; les lésions épididymaires n'évoluent pas.*

Observation 177 (inédite, résumée). — *Epididymite tuberculeuse. — Traitement interne. — Amélioration, puis état stationnaire.*

O... E..., 44 ans, tonnelier, entre à la Pitié, salle Michon, n° 45, service de M. le professeur Verneuil, le 26 *octobre* 1889.

Le malade présente à son entrée à l'hôpital un testicule droit volumineux et douloureux. Les lésions portent surtout sur la tête et la queue de l'épididyme.

Le cordon est également pris, mais il reste absolument cylindrique : il n'est pas moniliforme.

Au toucher rectal on ne trouve rien à la prostate.

Le malade est fort et vigoureux il tousse un peu mais ne présente aucun signe stéthoscopique autre que quelques râles de bronchite récente.

Diagnostic. — Orchite tuberculeuse.

Onctions d'onguent napolitain belladoné. Iodoforme à l'intérieur.

Diminution de volume. Guérison relative à la sortie qui s'effectue, sur la demande du malade, le 6 novembre 1889.

En février 1890 *nous recherchons le malade ; il ne peut venir nous voir mais il déclare que les lésions épididymaires sont stationnaires; l'état général n'a point varié.*

Tuberculose ganglionnaire. — Nous aurions pu nous attendre à trouver dans la tuberculose ganglionnaire un contingent plus considérable de suites éloignées défavorables : nous n'enregistrons pas moins de 6 guérisons sur 14 malades revus; d'autre part, avec un résultat nul, nous observons 5 récidives locales, 1 récidive à distance, 1 mort par tuberculose pulmonaire seulement.

Le *pronostic de ces deux affections est donc moins grave* qu'on pourrait le penser ; s'il entraîne un état morbide constant, il ne menace pas directement par l'éclosion d'accidents pulmonaires, et nous avons déjà mentionné ce fait que la coexistence des lésions pulmonaires n'était nullement l'apanage des manifestations génitales et ganglionnaires de la tuberculose. Mais dans l'une et l'autre *la récidive circonvoisine est fréquente*.

Tuberculose périanale — Au contraire nous avons vu combien grave était le pronostic immédiat de la tuberculose périanale. Nous n'avons revu que 12 malades et nous avons noté 4 guérisons, 1 amélioration, 5 récidives locales, 2 récidives à distance ; ces chiffres seraient *relativement* satisfaisants, comparés à ceux qui figurent en regard des suites immédiates, si beaucoup de nos malades guéris *localement* au moment de leur exeat, n'avaient présenté de telles lésions pulmonaires qu'il était permis de les considérer comme perdus à brève échéance. Nous avons dans nos notes de multiples observations, malheureusement trop écourtées pour être publiées, mais desquelles il ressort clairement que la fistule anale marquait le début de la tuberculose qui, promptement viscérale, eut rapidement une issue funeste ; si bien que la *signification pronostique grave de l'abcès à l'anus* ne semble nullement se démentir en ce qui concerne les résultats éloignés.

Tubercutose articulaire, — Il en est de même de la tuberculose articulaire. Nous verrons ailleurs le pronostic de chaque localisation articulaire et nous classerons les articulations suivant la bénignité des suites éloignées. Nous nous contenterons pour le moment d'un aperçu général. Or des 23 malades que nous avons retrouvés 6 étaient en pleine récidive locale, 5 présentaient une récidive à distance ; c'étaient pour la plupart des amputés ; 2 avaient succombé aux manifestations pulmonaires, chez trois l'échec opératoire était complet et nous avons observé comme résultats satisfaisants 5 gué-

risons et 2 améliorations. Il est assez intéressant de rapprocher ces chiffres de ceux qui figurent au paragraphe des résultats immédiats, car ils corroborent ce que nous avons dit alors du pronostic des affections tuberculeuses articulaires, graves toujours au double point de vue fonctionnel et vital.

Voici d'autre part le résumé des résultats de la statistique de Bœckel publiée récemment.

I — Résections articulaires

Sur 127 résections articulaires, j'ai obtenu :

1° 111 guérisons. Les plus anciens opérés ont quinze ans de date; les plus récents, un an et dix-huit mois.

2° 16 morts plus ou moins immédiates; diphtérie, 1 cas (résection de la hanche); endocardite ulcéreuse, 1 cas (résection du genou); épuisement, 2 cas (résection de la hanche); choc, 3 cas (résection de la hanche); tuberculose, 9 cas, dont 1 de phtisie pulmonaire, 1 d'empyème, 2 de tuberculose du bassin, 5 de méningite.

3° 14 morts tardives, dont quelques-unes après deux et trois ans: pneumonie, 1 cas (épaule); albuminurie, 2 cas (hanche); tuberculose, 11 cas, dont 1 de tuberculose généralisée (coude); 1 d'entérite tuberculeuse (synovectomie du genou); 4 de phtisie pulmonaire (poignet, coude, genou, pied); 5 de méningite (coude); hanche (2), pied (2).

Par conséquent, sur ces 127 résections, je compte : 97 guérisons définitives, dont 40 adultes et 30 vieillards (de 58, 63 et 65 ans), et 30 morts immédiates et tardives, dont 20 de tuberculose, 5 de choc, 2 d'albuminurie et 2 de maladies intercurrentes; ce qui donne une proportion de mort par tuberculose de 15,7 %.

II — Résections osseuses

24 cas avec 15 guérisons durables et 9 morts tardives, dont 1 d'érysipèle, 1 de marasme et 7 de phtisie, au bout de cinq, six, huit mois, deux et trois ans, ce qui donne pour la tuberculose une mortalité de 29,1 %, par conséquent double de celle que j'ai constatée pour mes résections articulaires. Si l'on considère ces résultats dans leur ensemble (amputations et résections), on

trouve que la mortalité la plus forte au bout de quelques années atteint les résections osseuses du tronc; elle est de 29, 1 °/₀; vient ensuite l'amputation du bras et de la jambe, où elle est de 27,2 °/₀, puis les résections articulaires avec 15,7 °/₀, et finalement l'amputation de la cuisse, 5,8 °/₀.

En comparant le résultat fourni par les amputations en général avec celui des résections articulaires, je trouve pour les amputations 8,1 °/₀, pour les résections 15,7 °/₀. Il semble donc, à en juger par ces chiffres, que l'amputation est moins grave que la résection, ce que l'on admet généralement.

Mais si j'exclus les résections de la hanche, qui à elles seules ont donné 12 morts, j'arrive à des conclusions toutes différentes, et je ne trouve plus que 4,2 °/₀ de mortalité, c'est-à-dire juste la moitié de la mortalité après les amputations.

Les résections dans la tuberculose articulaire, si toutefois l'on en excepte celle de la hanche, ont donc par conséquent une gravité moindre. Elles doivent être préférées aux amputations, dans tous les cas où elles sont possibles.

Synovites tuberculeuses. — Deux guérisons durables ne permettent pas de conclure; cependant nous pensons que malgré leur analogie avec la tuberculose articulaire, la *tuberculose synoviale des gaines tendineuses est d'un pronostic beaucoup moins sombre*; il eût fallu pour l'affirmer pouvoir suivre un plus grand nombre de malades.

Tuberculose vertébrale (1). — A côté des tuberculoses articulaires, il faut certes réserver une place au mal de Pott qui s'en rapproche à plus d'un titre ; nous ne pouvons sur 8 malades dont l'observation est complétée relever aucun cas de guérison ; 1 résultat nul forme à lui seul le contingent des suites éloignées favorables ! puis 2 récidives locales après amélioration, enfin 5 *morts* par tuberculose pulmonaire viennent clore cette liste. Enfin un de nos malades porté à la colonne des récidives locales nous fait écrire au moment où

(1) On trouve à ce sujet page 217 une assertion que nous n'oserions reproduire après la revision de nos malades.

nous rédigeons ces lignes qu'il est en pleine cachexie : *suites déplorables*, *pronostic presque fatal*, marche trop souvent rapide, tel est le triste tableau de la tuberculose vertébrale.

Ostéites costales, ostéites des membres. — Nous avons d'autre part dans nos ostéites considérées d'une façon générale un tableau beaucoup moins sombre. Nous avons revu 14 malades et nous n'avons pas noté de mort par tuberculose pulmonaire. 2 récidives à distance, 5 récidives locales forment le bilan des suites fâcheuses ; 2 cas sont portés à l'actif des échecs opératoires ; 4 à celui des améliorations. En résumé pas d'accidents graves, pas de guérison éclatante ; *pronostic assez bénin* sans être très favorable. En y joignant les *ostéites mastoïdiennes* il faudrait ajouter aux chiffres précédents une mort, et une guérison.

Il est intéressant de rapprocher l'une de l'autre les affections osté-oarticulaires de siège différent que peut provoquer la tuberculose ; il s'en dégage cette remarque qu'elle est d'un pronostic immédiat grave, que ses suites éloignées ne sont pas favorables, et qu'en ce qui concerne principalement ces dernières on peut adopter la gradation suivante :

Ostéites des membres,
Ostéites costales,
Tuberculose articulaire,
Tuberculose vertébrale,

cette dernière représentant le dernier terme de la gravité du pronostic.

Abcès froids — Tuberculose cutanée et superficielle. — Il n'est pas besoin d'en parler longuement et le lecteur a déjà prévu que les suites éloignées n'en pouvaient être très graves, puisque nous avons noté l'absence si fréquente des localisations viscérales : 6 malades revus, dont 2 guérisons, une aggravation, deux récidives locales et une récidive à distance constituent un pronostic peu grave, non favorable cepen-

dant, que nous rapprocherions volontiers de celui des ostéites.

Le pronostic au dire de quelques auteurs ne serait cependant pas aussi bénin que nous venons de le dire :

Dans un travail sur la scrofulo-tuberculose de la peau, inséré dans le 3e fascicule des études sur la tuberculose, M. Morel-Lavallée dit :

« Examinons simplement, pour nous faire une idée du pronostic de la tuberculose contractée par la voie du tégument externe, toutes les observations qui en ont été publiées jusqu'à ce jour, c'est-à-dire jusqu'à la thèse de M. Lefèvre (mars 1888). Nous y trouvons 30 observations mentionnant un plus grand nombre de cas; mais nous ne retiendrons que celles où (leur authenticité étant hors de doute) l'évolution de la maladie est suivie et relatée. — Pour l'instant, nous laissons toujours en dehors les 15 tuberculoses verruqueuses de Riehl.

Voici les cas que nous avons relevés, avec les noms des auteurs :

1, Verneuil. 2, Verchère. 3, Hanot. 4, Merklen. 5, Tscherning. 6, Karg. 7, Axel Holst. 8, Raymond. 9, Raymond. 10, Brissaud. 11, Martin du Magny. 12, Wahl. 13, Kœnig. 14, Middeldorpf. 15, Leser. 16, Jeanselme. 17, Elsenberg. 18, Hofmokl. 19, Eve. 20 à 29, Lehmann. 30, expériences de Demet, Parashora et Zablonis.

Dans tous ces cas il y eut ou infection généralisée, ou production de foyers infectieux secondaires disséminés, ou au moins propagation du mal par envahissement de voisinage et formation de lymphangite ou d'adénite.

a. — Pour 12 de ces malades, l'observation s'arrête après les mentions de : adéno-lymphite bacillaire (ulcérative ou non) 7 fois. Ostéo-arthrites ayant nécessité deux amputations, non guéri 1 fois. Symptômes pulmonaires et généraux, 3 fois. Méningite rachidienne, 1 fois.

Pour 2 autres, il s'agissait de sujets morts peu après d'une affection différente.

b. — Restent donc 16 cas où les malades ont été suivis plus ou moins complètement; pour ceux-ci que voyons-nous? Dans 15 cas, il y eut, à des degrés divers, infection de l'économie. Dans 9, la mort s'en est suivie : 3 fois par méningite tubercu-

leuse; 4 fois par consomption due à des lésions disséminées; 1 fois par granulie; 1 fois les détails font défaut.

Chez 6 malades, secondairement infectés par propagation et qui ont survécu, nous trouvons que 5 ont guéri après avoir présenté de l'adéno-lymphite de voisinage, des écrouelles multiples, de l'arthrite suppurée.

Un autre malade était en bonne santé dernièrement, après avoir présenté de l'adéno-lymphite et des signes pulmonaires.

Enfin un seul a guéri immédiatement sans autre retentissement sur l'économie qu'une adénopathie passagère.

Il y a lieu de tirer des constatations qui précèdent des conclusions d'ensemble.

1° *Le pronostic des affections tuberculeuses est variable suivant la localisation de la tuberculose.*

2° *Même dans les cas où il ne menace pas directement l'existence il reste grave par la fréquence des récidives locales et les récidives à distance.*

C'est encore l'opinion de M. Verneuil pour qui *les 2/3 des tuberculeux opérés sont morts deux ou trois ans après l'opération.*

Si nous cherchons à établir une gradation entre les différentes affections tuberculeuses chirurgicales, il y a lieu de les classer dans l'ordre suivant en ne tenant compte que des suites éloignées.

Pronostic relativement bénin : *Tuberculose ganglionnaire.*
Tuberculose osseuse des membres.
Tuberculose cutanée, gommes, abcès froids.

Pronostic réservé : *Tuberculose testiculaire.*
Synovites tuberculeuses (?)

Pronostic grave : *Tuberculose articulaire des membres.*
Peut-être la tuberculose costale.

Pronostic très grave : *Tuberculose périanale.*
Tuberculose vertébrale.

Si nous voulons savoir quel élément préside surtout à cette classification, il faut nous reporter à ce que nous disions page 215 et suivantes sur les relations de la tuberculose pulmonaire avec les diverses localisations périphériques de la même diathèse pour constater que la *gravité du pronostic et la fréquence de la coexistence des lésions pulmonaires sont précisément en rapport direct.*

La tuberculose pulmonaire entre donc pour une part importante dans l'appréciation du pronostic des suites éloignées ; on en peut conclure que l'intervention a peu d'influence sur l'amélioration des lésions viscérales ou que cette amélioration est passagère, et malgré quelques observations contraires qui figurent dans notre travail même, nous pensons que cette constatation répond à la réalité.

A la charge des localisations périphériques restent encore les récidives locales ou à distance, dont la fréquence est encore assez variable suivant le siège de l'affection considérée ainsi qu'on pourra s'en convaincre en confrontant nos tableaux.

CHAPITRE II

Expectation et intervention. Résultats éloignés comparatifs

Avant de nous prononcer pour ou contre l'intervention, il est, ce nous semble, indispensable d'établir les chiffres en main la valeur respective de l'expectation et de l'intervention d'après les résultats éloignés obtenus par l'un et l'autre mode thérapeutique. Voyons ce que nous donne l'intervention.

ARTICULATIONS

Résections. — *Épaule* 1. — 1 résultat nul.
Coude 4. — 4 guérisons.
Poignet 1. — 1 amélioration.
Hanche 3. — 2 récidives locales. — 1 récidive à distance.
Genou 2. — 2 guérisons.

Curage d'articul. fongueuses 1. — 1 récidive locale.
Pointes de feu profondes 1. — 1 amélioration.

Amputation de jambe 5. — 1 guérison. — 3 récidives à distance. — 1 mort de tuberculose.

TUBERCULOSE COSTALE. — *Grattage ou résection* 3. — 2 améliorations. — 1 récidive à distance.

INCISION ET GRATTAGE D'ABCÈS FROIDS ET OSTÉOPATHIQUES 6. — 1 guérison. — 2 récidives locales. — 3 morts de tuberculose pulmonaire.

INJECTIONS IODOFORMÉES DANS DES ABCÈS D'ORIGINE OSSEUSE PROBABLE 2. — 1 guérison. — 1 récidive locale.

Fongosités synoviales, *curage* 2. — 2 guérisons.

Ostéites mastoidiennes, *trépanation* 1. — 1 guérison.

Tuberculose osseuse, *grattage* 7. — 2 améliorations. — 2 résultats nuls. — 3 récidives locales.

Résections larges de la paroi costale après empyème 4.— 1 amélioration. — 2 résultats nuls. — 1 aggravation de l'état local et général.

testicules tuberculeux

Castration : 3 dont 2 guérisons. — 1 récidive dans l'autre testicule.

Cautérisation au thermo 5. — 2 guérisons. — 1 amélioration. — 1 récidive locale. — 1 récidive à distance.

Hydrocèle symptomatique ; injection de chlor. de zinc 2. — 1 guérison. — 1 amélioration.

Fistules anopérinéales

Incision au thermocautère 7.— 3 guérisons.— 1 amélioration, — 1 récidive locale.— 2 récidives à distance.

Incision au bistouri 4. — 4 récidives locales.

Injection iodoformée 1. — 1 guérison.

ganglions tuberculeux

Grattage à la curette 1. — 1 guérison.

Extirpation de ganglions avec périadénite, pas de suture; ou ablation de ganglions non suppurés. — 9 dont 5 guérisons. — 1 récidive à distance. — 3 récidives locales. —

Incision d'abcès ganglionnaires 3. — 1 résultat nul. — 2 récidives locales.

Ainsi donc, en nous limitant à la statistique de ces interventionset en n'indiquan t que les cas où l'opéré a été revu à une époque en générale assez éloignée du jour de l'intervention (chiffres indiqués dans nos tableaux), nous arrivons aux résultats suivants (suites éloignées) :

64 opérations et interventions minimes et graves ont donné :

21 *bons résultats* (guérison durable).
10 *améliorations.*
5 *échecs opératoires.*
17 *récidives locales.*
7 *récidives à distance.*
1 *aggravation de l'état local.*
3 *morts de tuberculose pulmonaire.*

64

En simplifiant ces chiffres :

31 *bons résultats.*
22 *résultats nuls.*
7 *récidives à distance* dont on ne peut charger l'opération.
4 *résultats mauvais.*

Est-il besoin de faire remarquer combien ces chiffres sont relativement favorables à l'intervention, puisque dans la moitié des cas il y a eu bénéfice pour le malade et que dans 1/12 seulement il y a eu perte pour lui.

Nous ferons remarquer de plus la fréquence des récidives à distance après l'opération, fait qui nous semble bien indiquer la tendance de la tuberculose à la récidive, même en dehors de son foyer local, particularité sur laquelle nous avons si souvent insisté au cours de ce travail.

Si nous consultons d'autre part les résultats fournis par l'expectation, dissimulée ou non sous l'application de topiques (nous n'y comprenons pas les injections d'éther iodoformé) ou la médication interne, nous obtenons les chiffres suivants :

Tuberculose testiculaire. — *Expectation* 1. — 1 amélioration.

Traitement pharmaceutique 3. — 2 améliorations. — 1 résultat nul.

Tuberculose ganglionnaire. — 1 mort de tuberculose pulmonaire.

Tuberculose anopérinéale. — Aucun malade n'a été revu.

Tuberculose articulaire. — *Appareils* 7. — 1 amélioration. — 2 résultats nuls. — 2 récidives locales. — 1 récidive à distance. — 1 mort de tuberculose pulmonaire.

Expectation (tumeur blanche du poignet) 1. — 1 résultat nul.

Synovites. — Aucun malade n'a été revu.

Mal de Pott. *Expectation* 4. — 1 résultat nul. — 1 récidive locale. — 2 morts de tuberculose.

Abcès froids. *Expectation* 2. — 1 aggravation. — 1 récidive à distance.

Carie du rocher. *Expectation* 1. — 1 guérison.

Tuberculose costale. *Expectation* 2. — 2 récidives locales.

Ostéites des membres. *Expectation* 2. — 1 récidive locale. — 1 récidive à distance.

C'est-à-dire en chiffres plus simples : 24 cas soumis à l'expectation ou à un traitement pharmaceutique local ou général ont donné :

Guérison	1
Amélioration	4
Résultat nul	5
Récidive locale	6
Récidive à distance	3
Aggravation	1
Mort de tuberculose pulmonaire	4
	24

En d'autres termes :

5 *bons résultats.*
11 *résultats nuls*, dont 6 sont plutôt mauvais.
8 *résultats mauvais.*

De cette petite statistique nous pourrions tirer encore quelques conclusions : 1° le chiffre minime qui représente les guérisons indique nettement que les *tuberculoses locales n'ont aucune tendance à la guérison spontanée*, 2° *l'amélioration y est possible de même que le maintien du statu quo*, mais le nombre relativement élevé des récidives locales nous montre que ces résultats favorables sont toujours sujets à caution et qu'une longue observation seule peut leur donner quelque valeur.

3° Enfin l'*expectation ne garantit pas davantage le sujet contre la récidive* à distance, et la mortalité chez les malades auxquels on refuse les secours de la chirurgie est encore considérable.

Les considérations précédentes ne démontrent-elles pas jusqu'à l'évidence combien notre maître M. Verneuil avait raison lorsqu'il disait : « Quand on abandonne les tuberculoses locales à la nature, *celle-ci ne fait rien pour les guérir ; la thérapeutique médicale n'est guère plus efficace*. Alors on se trouve conduit à demander secours à la médecine opératoire. Cependant comme la thérapeutique par les médicaments et l'hygiène réussit quelquefois à guérir, il y a conflit entre les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux et voilà longtemps que dure le procès, qui n'est pas prêt d'être tranché. »

Or sans avoir la prétention d'avoir résolu le problème sans discussion ultérieure possible, nous croyons cependant avoir indiqué nettement les avantages de l'intervention chirurgicale : ils sont incontestables ; nous en indiquons d'autre part les dangers et nous cherchons à les réduire au minimum. Si nous

avions pu atteindre ce but la discussion serait close au profit de l'intervention et le débat ne porterait plus que sur les questions de détail.

Pour résumer les pages qui précédent, on voit que nous ne sommes nullement partisan de l'abstention : *on peut sous certaines réserves obtenir de l'opération des bénéfices considérables ;* mais à chaque lésion correspond un mode opératoire de choix sur lequel le chirurgien ne saurait être fixé que par une pratique laborieuse et une observation étendue des tuberculoses chirurgicales. Nous ferons aussi remarquer que nous ne condamnons nullement les procédés sanglants au profit d'un minimum d'intervention, surtout lorsque le malade n'offre pas de lésions pulmonaires. Si telle est notre conduite en ce qui concerne les abcès froids par exemple, elle est tout à fait inverse pour les ostéites, certaines tumeurs blanches et d'autres affections encore ainsi qu'on le verra dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Nature de l'intervention dans chaque série de lésions et résultats opératoires obtenus dans chaque catégorie d'interventions.

Dans la troisième partie de ce mémoire, nous avons cherché à établir en quelques pages la relation qui existe entre les résultats immédiats acquis et le genre d'intervention choisi par le chirurgien.

Si cette étude avait quelque intérêt au double point de vue du succès opératoire et de la satisfaction du chirurgien, elle en acquiert un bien plus grand encore lorsque nous venons à étudier le même chapitre en ce qui concerne les suites éloignées. Si le succès thérapeutique n'était point aussi intimement lié au succès opératoire, on pourrait dire à la rigueur que le premier seul est surtout désirable, puisque c'est sur lui que se fondent les espérances du malade qui se soumet à l'opération. Déjà la simple lecture de nos tableaux où nous avons rapproché les suites immédiates et éloignées en rapport avec le mode d'intervention serait d'un enseignement suffisant; mais il est besoin cependant de quelques courtes remarques. Nous adopterons l'ordre déjà suivi; nous reproduirons les mêmes tableaux, pour les commenter, apprécier ou critiquer les résultats (les remarques déjà mentionnées pages 226 et 227 sont également applicables à cette partie de notre travail).

A. Tuberculose testiculaire

Nous ne dirons rien de l'*expectation*, et du traitement par les topiques. Trop infidèles ont été les malades traités de la sorte pour nous permettre d'établir des conclusions fermes. Cependant nous l'avouerons, nous n'avons point dans notre pratique observé les bons effets que quelques auteurs attribuent au traitement général employé seul. Si la tuberculose testiculaire affecte souvent une marche lente, nous ne pensons pas qu'il y faille voir un prétexte d'inactivité et nous craignons fort que des quatorze malades qui figurent comme perdus de vue dans nos trois premières colonnes, beaucoup n'aient pu répondre à notre appel.

Il faut certes intervenir et hâtivement si faire se peut : or deux procédés se disputent la préséance ; un radical, c'est-à-dire la castration ; le minimum d'intervention, ou *thermocautérisation profonde*. Des deux nous avons observé les bons effets ; il n'est pas douteux que les deux malades revus après cette dernière intervention ne fussent une preuve irréfutable des beaux succès que l'on peut en obtenir et si l'on réfléchit que ce mode opératoire a été constamment appliqué dans des cas graves et avancés, c'est-à-dire lorsqu'il y avait propagation aux annexes, il faudra bien admettre que deux guérisons stables et une amélioration sur cinq cas revus sont un résultat non négligeable, à tel point que nous serions prêt à déclarer la cautérisation profonde le procédé de choix. Comme le prouve l'observation suivante la guérison se fait parfois longtemps attendre, mais elle peut être durable.

Observation 178 (inédite, résumée). — *Tuberculose testiculaire avec lésions prostatiques. — Cautérisation interstitielle profonde. — Amélioration. — Guérison tardive mais durable.*

S... H., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital du Midi, le 26 août 1886, service de M. Humbert, salle 3, n° 9.

Antécédents. — Père mort subitement; mère morte d'affection pulmonaire. Le malade a un frère et une sœur, tous deux bien portants ; lui-même ne se rappelle pas avoir eu de maladies d'enfance.

Début. — *En* 1886, il contracte une blennorrhagie à la suite de laquelle survient une orchite double ; il entre chez M. Ducastel où il est traité pour une orchite simple. Un mois après sa sortie du Midi, il reprend son travail et constate alors l'ouverture de deux abcès sur les bourses, à droite et à gauche. Il passe alors en chirurgie.

État du malade à son entrée. — L'état général est bon ; le malade n'a pas maigri; il n'a pas d'hémoptysie. La prostate est indurée et légèrement bosselée à droite.

Traitement. — *Le* 18 *septembre* 1886, le malade est opéré au thermocautère. On lui fait prendre de l'huile de foie de morue créosotée qu'il a continuée l'hiver suivant.

Etat consécutif. — *Il a été revu le* 24 *février* 1890. *A sa sortie de l'hôpital, la cicatrisation était incomplète et ne s'est achevée que six mois après. Depuis sa sortie, qui remonte à deux ans, il n'a pas toussé et a un peu maigri.*

Actuellement l'état local est surprenant. On peut dire que la guérison est parfaite. L'épididyme droit reste dur mais souple; l'épididyme gauche est guéri. Les lésions prostatiques ont complètement rétrocédé. L'état général est bon; le malade ne tousse pas, mais à l'auscultation on perçoit des râles humides dans le poumon gauche. Il dit qu'il se voûte depuis quelque temps.

Il a été ajourné pour les testicules au tirage au sort l'année dernière.

Devons-nous tenir grand compte des deux récidives observées, l'une au niveau même du foyer opératoire, l'autre dans le testicule voisin ? Non sans doute, puisque l'opération par l'étendue même des lésions était nécessairement incomplète. Mais ce qu'il y a de certainement remarquable, c'est la rétrocession possible des lésions circonvoisines préexistantes à la suite de la thermocautérisation interstitielle : aussi sommes-nous heureux d'apporter le contingent de l'observation précédente complète à cette constatation déjà faite par M. Verneuil et indiquée par lui comme un sujet d'intéressantes recherches.

Nous n'aborderons pas ici la fameuse question du « testicule moral »; le testicule fibroïde que laisse l'intervention est une précieuse simulation contre les accidents lypémaniaques, mais au moment de traiter la question des suites éloignées, de la *castration*, nous songeons à la castration double si dangereuse à plusieurs égards.

Tuberculose testiculaire (30 cas)

		EXPECTATION 4	PHARMACEUTIQ. 10	TOPIQUES 4	2 THERMOCAUTÈRE 5	CASTRATION 5	INJ. CHLORUR. 2
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	0	1	0	0	4	0
	Amélioration	1	4	4	5	1	»
	Résultat nul	3	5	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	2	2	1
	Amélioration	1	2	»	1	»	»
	Résultat nul	»	1	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	1 (1)	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	1	1	»
	Mort par tuberculose	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	3	7	4	1	2	1

(1) Pour ce tableau et les suivants, nous prévenons le lecteur que la non-concordance des chiffres avec ceux du tableau général ne constitue pas une erreur. Quelques malades ont été opérés à plusieurs reprises, plusieurs méthodes de traitement ont pu être simultanément employées, et nous avons dû en tenir compte et ne choisir, pour figurer dans ces tableaux, que les faits les plus probants; les résultats ont d'ailleurs pu être multiples pour chaque sujet, amélioration locale et récidive à distance, par exemple.

Nous avons été heureux de retrouver trois de nos anciens opérés et leur histoire est intéressante à plusieurs points de vue, puisque ces opérations, au moment où nous écrivons, datent de *près de quatre* ans et qu'une d'elle a été pratiquée sur un sujet en apparence *non tuberculeux* et pour des lésions limitées, tuberculose dite locale à proprement parler. Nous avons observé toutefois une récidive à distance, fait qui vient

encore à l'appui de la conception nouvelle des processus tuberculeux, et deux guérisons absolument durables ; notre embarras est grand ; on ne peut objecter l'erreur de diagnostic puisque l'histologie a tranché la question. Il n'est pas un instant douteux que ces deux malades castrés au début de leur tuberculose génitale restent complètement *guéris quatre ans après l'opération*. Voici d'ailleurs ces deux observations :

Observation 179 (inédite). — *Tuberculose testiculaire. — Castration. — Succès opératoire. — Amélioration de l'état général. — Guérison persistante.*

B... P., âgé de 35 ans, garçon de café, entre à l'hôpital du Midi en avril 1886, service de M. Humbert, salle 3, n° 11.

Antécédents. — Père mort du croup à quarante-huit ans. Mère morte cardiaque à cinquante ans. Le malade a un frère probablement phymateux et une sœur bien portante, mère de trois enfants également bien portants.

Lui-même étant jeune a eu des glandes et des gourmes et avant de remarquer aucune lésion du côté du testicule, il avait des douleurs sus-scapulaires.

Début. — *Il y a deux ans* le testicule droit grossit un peu et continue à augmenter progressivement de volume, sans être cependant douloureux. Le malade doit entrer à la gare d'Orléans comme employé, mais le médecin de la Compagnie examine le testicule, et il est refusé comme étant atteint d'hydrocèle simple. Le malade ressentait alors quelques douleurs; il entre chez M. Polaillon (*5 janvier*), qui lui fait trois ponctions avec injection et n'obtient aucun résultat. Au bout de quinze jours il est anesthésié, et soumis à une opération dont il ignore les détails. Toujours est-il qu'il guérit et quitta l'hôpital bien portant pour aller passer quinze jours à Vincennes.

Il reprend alors son travail, et un an après, le testicule grossit de nouveau très rapidement. Il retourne chez M. Polaillon qui lui fait une ponction et retire du liquide; quatre jours après la tumeur se reproduit. On lui fait comprendre que la castration aurait une issue funeste et il quitte l'hôpital. Pendant une semaine environ il se repose.

Le 6 février 1886, il entre chez M. Ducastel, où on lui fait une ponction qui donne issue à un liquide clair.

On lui administre en outre de l'huile de foie de morue et quatre grammes d'iodure de potassium.

Il passe ensuite dans le service de M. Humbert. A ce moment il ressent des douleurs très vives. Il prend deux grammes d'iodure de potassium.

M. Humbert diagnostique un testicule tuberculeux sans lésion aucune du cordon ou de la prostate.

Opération 27 avril 1886. — Le malade est endormi et subit la castration du testicule malade qui s'effectue sans accidents.

Etat consécutif.— Le 9 juin 1886 il quitte l'hôpital; cicatrisation absolue de la plaie opératoire et je le revois le 23 février 1890. Deux ans déjà avant l'opération il toussait et avait mal dans le dos; deux mois avant il avait eu des hémoptysies, des sueurs nocturnes très abondantes et avait *beaucoup maigri. Bref, il était entré à l'hôpital en très mauvais état*. A sa sortie, le résultat de l'opération était très bon, et depuis ce temps il travaille et n'a pris aucun médicament.

Actuellement il est très bien portant et présente un bel embonpoint. L'état local est parfait, pas la moindre trace de récidive locale ou du côté des annexes (prostate, etc.).

A l'auscultation on entend quelques petits râles de bronchite vraisemblablement tuberculeuse que le malade attribue à la grippe actuelle épidémique, mais il a craché un peu de sang depuis l'opération.

L'embonpoint est notable; il s'est heureusement modifié depuis l'opération.

Observation 180 (inédite, résumée). — *Tuberculose testiculaire; castration. — Guérison lente à s'établir mais durable. — Malade revu quatre ans après l'opération.*

A... A., 21 ans, gymnarsiaque est entré en 1886, salle 3, lit n° 2, service de M. Humbert à l'hôpital du Midi.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort paralysé; sa mère est bien portante; sa sœur a un mal de Pott et est ordinairement dyspnéique.

Antécédents personnels. — Avant l'opération, le malade n'a pas eu d'hémoptysie, pas d'amaigrissement; il ne tousse pas.

Etat à l'entrée. — Il entre avec un testicule gauche tuber-

culeux et fistulisé; ces fistules se sont ouvertes deux ou trois fois depuis un mois. Le début de l'affection remontait à quatre mois; pas de chaudepisse antérieure ni d'orchite aiguë.

Pas de lésions prostatiques ou déférentielles.

Opération le 23 *avril.* — Ablation totale du testicule au bistouri. Castration régulière et confirmation du diagnostic par l'examen anatomo-pathologique de la pièce.

Sortie le 13 *juillet:* la plaie n'est pas tout à fait cicatrisée. Etat général bon.

Etat postérieur. — Le malade est revu le 25 *octobre* 1886; il présente un abcès à droite et entre pendant deux mois à l'hôpital du Midi. M. Humbert incise cet abcès : le malade sort en voie de guérison.

Le 23 *février* 1890, *la plaie opératoire ne suppure plus depuis six mois. Actuellement cicatrice parfaite de la plaie opératoire à gauche. A droite, la trace de toute fistule a disparu; l'épididyme est en bon état, mais un peu induré.*

Le malade ne tousse pas; son embonpoint est considérable, sa santé excellente; il ne présente aucun signe pulmonaire.

Faut-il pour expliquer le fait admettre une guérison ultérieure de la tuberculose généralisée, faut-il s'incliner devant ces faits et leur donner force de loi?

La question est trop grave pour la trancher avec aussi peu de documents, Nous pourrions, il est vrai, y ajouter le fait d'Albertini inséré dans la *Province médicale* d'octobre 1889 (1), où une castration double était suivie d'un succès thérapeutique durable *trois ans après*. Faut-il craindre encore après un si long temps la récidive que nous avons vu dans d'autres affections survenir si tardivement après de longues années de guérison?

Nos conclusions d'ensemble ne différeront guère de celles que nous avions établies page 229 en ce qui concerne les

(1) Note sur un cas d'orchite tuberculeuse bilatérale traitée par la castration. Suites immédiates et éloignées, par Albertini. *Province médicale*, 1889, III, 484.

résultats immédiats et faisant intervenir trois cas heureux, nous dirions volontiers que le chirurgien a à sa disposition deux procédés chirurgicaux : A la *thermocautérisation profonde*, applicable à tous les cas mais principalement à ceux où les fistules, la propagation aux organes voisins exclue tout autre mode d'intervention ;

B *La castration* qui serait un procédé de choix si l'on pouvait affirmer que l'épididyme et le testicule *seuls* sont pris, mais dont les indications sont très restreintes : 1° par l'obscurité des signes de la tuberculose prostato-séminale au début, 2° par la possibilité de la récidive symétrique qui entraîne alors logiquement à la castration double si redoutée du malade et du chirurgien.

Nous n'avons point à dessein parlé jusqu'ici d'un procédé d'intervention minima non seulement peu employé, mais encore regardé par quelques chirurgiens comme périlleux. Nous voulons parler du *traitement pur et simple de l'hydrocèle symptomatique* et des relations qu'il peut avoir avec la guérison ou l'amendement des lésions épididymaires.

Si nous ne craignions pas un a priori (voir page 228), nous dirions que la vaginalite tuberculeuse primitive nous semble probable et que c'est peut-être un mode de début de certaines orchites tuberculeuses aiguës. De là à instituer le traitement de l'hydrocèle symptomatique, il n'y a qu'un pas.

Dans le III[e] fascicule des *Études sur la tuberculose*. M. le professeur Verneuil étudiant le traitement de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose de l'épididyme et du testicule, hydrocèle reconnaissant peut-être pour cause une vaginalite tuberculeuse (question que nous nous proposons de résoudre bientôt), cite un cas intéressant de tuberculose génitale où il fit une injection iodée; l'hydrocèle récidiva ; une 2[e] injection iodée fit non seulement disparaître l'hydrocèle mais arrêta les progrès de la tuberculose génitale elle-même.

Nous avons pu revoir un malade opéré dans les mêmes

conditions et malgré la netteté du diagnostic porté pendant le séjour dans les salles, nous dûmes constater la disparition *complète des lésions* épididymaires.

Nous publions d'ailleurs cette observation ci-dessous ; M. Verneuil des cas qu'il a publiés (*loc. cit.*) concluant qu'il y a lieu d'intervenir dans l'hydrocèle symptomatique et qu'on pourrait tenter la cure par l'iodoforme ou le tannin, nous nous associons entièrement à cette opinion et nous avons pu déjà la mettre en pratique et la voir appliquer dans son service ; malheureusement les malades ainsi traités n'ont pas été revus. Nous ajoutons à l'observation citée par M. Verneuil, 2 observations provenant du service de notre cher maître M. Polaillon où l'on a employé les injections de chlorure de zinc ; chez l'un la guérison fut parfaite et put être constatée 2 ans 1/2 après l'intervention ; chez l'autre l'amélioration fut rapide : le malade ayant été perdu de vue nous ne savons si elle fut durable.

Observation 181 (inédite). — *Tuberculose testiculaire-Hydrocèle symptomatique. — Injection de chlorure de zinc. — Guérison persistante, plus de deux ans après.*

L. G..., âgé de 53 ans, journalier, entre le 3 août 1887, pour une hydrocèle, dans le service de M. Polaillon, à la Pitié, salle Broca, n° 25.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis, pas d'orchite, pas de traumatisme. La tumeur a débuté il y a deux mois, et s'est développée peu à peu, sans douleur. Le malade n'a pas porté de suspensoir, et a continué son travail habituel. Il entre alors à l'hôpital *le 3 août* 1887.

A son entrée, on constate que la bourse droite est du volume d'une poire moyenne. Elle est rénitente, élastique, légèrement douloureuse à la pression. La peau est un peu rouge.

Le testicule gros, induré, est situé à la partie postérieure de la tumeur. L'épididyme est induré, comme bosselé et très volumineux. Il y a environ 80 grammes de liquide épanché. Le cordon est indemne. Le testicule gauche est ab-

solument sain. On porte le diagnostic d'hydrocèle vaginale droite symptomatique de lésions tuberculeuses du testicule correspondant.

Le 5 août. — On prescrit 2 grammes d'iodure de potassium, puis on fait une ponction avec l'aiguille de la seringue de Pradaz. Il sort un jet de sérosité citrine et on injecte quelques gouttes de solution de chlorure de zinc.

Le 7 août. — Le liquide s'est en partie reproduit.

Le 14 août. — On ponctionne de nouveau et on retire environ 80 grammes d'un liquide citrin. Le testicule est encore bosselé, induré.

Enfin *le 16 août*, le malade quitte l'hôpital, et doit prendre chez lui de l'iodure de potassium.

Nous le revoyons le 10 mars 1890 : il a repris de l'embonpoint depuis sa sortie de l'hôpital. Les lésions épididymaires et l'hydrocèle ont complètement disparu.

Observation 182 (inédite, résumée). — *Testicule tuberculeux. — Traitement de l'hydrocèle symptomatique. — Guérison de l'hydrocèle. — Amélioration des lésions épididymaires.*

H. J..., cordonnier, entré salle Broca, n° 44, à la Pitié, service de M. Polaillon, *le 9 avril* 1887.

Malade présentant une hydrocèle de la tunique vaginale du côté droit symptomatique d'une tuberculose testiculaire. Il y a de plus hernie inguinale du côté correspondant. L'épididyme est augmenté de volume, bosselé et induré.

On pratique une ponction évacuatrice à la suite de laquelle on fait deux injections de chlorure de zinc au dixième, à plusieurs jours d'intervalle.

Revu quelques semaines plus tard, il y a amélioration persistante de l'hydrocèle, et l'état du testicule est heureusement influencé. L'épididyme a diminué de volume; il est encore un peu dur, non douloureux.

B — Tuberculose ganglionnaire

Pour les mêmes raisons qui nous ont déjà conduit à ne point porter d'appréciation sur le traitement purement médical ou topique de la tuberculose testiculaire, nous dirons peu de chose de cette même méthode de traitement appliquée à la

tuberculose ganglionnaire. Nous ne croyons guère la rétrocession spontanément possible *chez l'adulte;* constamment au contraire nous avons observé chez les malades rebelles à l'intervention l'accroissement de la masse, la propagation aux ganglions voisins, enfin la fistulisation à échéance plus ou moins éloignée. Trois de nos malades traités par l'*incision* ont été revus ; récidive ou échec du traitement, tel était le résultat, de beaucoup inférieur au *grattage* dont d'autres chirurgiens, en possession de chiffres plus significatifs que les nôtres, ont indiqué les bons effets ; il n'y a plus lieu en effet, puis que nous considérons les suites éloignées de faire intervenir le danger de la généralisation.

Les succès des *injections iodoformées* est constant. Mal servis par notre série de sujets, nous n'avons pas noté les

Ganglions (64)

		EXPECTATION 4	PHARMAC. 7	THERMOC. 5	INCISION 8	GRATTAGE 12	INJ. IOD. 8	EXTIRPATION 20
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	0	1	1	3	9	1	19
	Amélioration	2	5	3	1	3	4	»
	Résultat nul	1	»	1	4	»	3	»
	Aggravation	1	1	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»	1
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	»	1	»	5
	Amélioration	»	»	»	»	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	1	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	2	»	»	3
	Récidive à distance	»	»	»	»	»	»	1
	Mort par tuberculose	1	»	»	»	»	»	0
	Perdus de vue	3	7	5	5	11	8	11

suites éloignées de cette intervention, par ce que nos malades probablement guéris n'ont point répondu à notre appel. Mais à côté de ces cas les seuls que nous ayons « catalogués »

nous pouvons réunir les nombreuses observations publiées à profusion depuis plusieurs années et dont notre bibliographie donne une idée, qui jointes aux nombreux malades que nous avons si souvent revus dans le service de M. Verneuil, nous donnent dans ce traitement la plus entière confiance.

Est-ce à dire cependant qu'il soit toujours applicable? Verchère a montré qu'en dehors du cas de ramollissement et de suppuration, il était également applicable sous forme d'injections interstitielles dans les ganglions encore non caséeux et c'est à ces cas surtout que nous avons appliqué le procédé plus radical de *l'extirpation*. Notre série semble heureuse puisque, sur 20 cas d'extirpation, nous avons revu 9 malades dont 5 complètement guéris, mais nous devons expliquer ces résultats en apparence contradictoires avec l'opinion courante de la déplorable tendance à la récidive des gangliophymies.

Si la série du Midi sur laquelle nous avons page 237, appelé l'attention nous a donné une suite non interrompue de résultats immédiats favorables, ces résultats ne sont pas démentis dans la suite.

Au contraire, lorsque nous avons revu nos opérés pour ganglions cervicaux la récidive locale était nette trois fois sur quatre cas. Parmi les récidives nous notons un cas (observation 141), où elle eut lieu un an après du côté opposé au côté opéré, et deux ans après du côté opéré. Dans un autre cas (observation 140) la récidive se fit tardivement dans l'articulation tibio-tarsienne.

Cependant notre observation 100 est un bel exemple de succès opératoire constant deux ans après l'intervention sanglante pour ganglions cervicaux : la malade ne présentait pas trace de récidive.

Il faut donc en rabattre beaucoup de ce que nous avions dit (page 232) de l'extirpation, qui nous donnait 19 succès opératoires sur 20 opérations ; à ne considérer que les suites

éloignées, le bénéfice qu'on en retire devient minime et l'injection d'éther iodoformé prime l'intervention sanglante. La conduite du chirurgien se bornera donc à tenter la résolution par les injections interstitielles ; s'il ne peut éviter la suppuration, il lui restera le lavage iodoformé après aspiration de la collection ramollie, enfin la cautérisation profonde pourrait faire justice des cas rebelles.

On remarquera combien les termes du problème sont changés au profit de l'injection iodoformée dont les résultats immédiats nous avaient paru si ternes, aux dépens au contraire du plus brillant des procédés opératoires applicables à la gangliophymie : il est vrai d'autre part que l'adjonction du *traitement interne* lui rend un peu de son prestige et qu'ici, comme dans les autres affections, le traitement post-opératoire peut encore en appeler de la condamnation du mode opératoire. On trouvera dans le traité de chirurgie publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus (1890) de bonnes indications sur le traitement de la tuberculose ganglionnaire dans le chapitre que lui consacre notre ami Lejars. (T. I, p. 737.)

G — Tuberculose périanale

Après ce que nous avons dit de la signification pronostique des abcès tuberculeux indolents de la marge de l'anus, après la constatation que nous avons faite de la coexistence si fréquente non seulement d'une tuberculose pulmonaire, mais encore d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide, nous ne pouvions nous attendre à revoir de nombreux malades. Sur 29 malades en effet 18 ont été perdus de vue et 11 observations seulement ont été complétées : beaucoup d'entre elles n'ont point alors la sanction d'une longue durée de temps et l'un de nos malades qui fait l'objet de l'observation 215 était au départ menacé des accidents les plus graves.

Nous attirerons seulement l'attention du lecteur sur une constatation intéressante que nous avons pu faire, véritable confirmation des considérations que nous avions développées page 245 sur l'opportunité du traitement de la fistule anale par le thermocautère. Ainsi que nous l'avions dit alors, l'*incision simple* est une opération à peu près nulle; on peut dire même que la récidive est fatale puisqu'à supposer même que la cicatrisation se fasse temporairement, il n'en reste pas moins une colonisation bactérienne prête à pulluler. Sur 4 malades revus, nous avons pu observer 4 récidives dont une (obs. 121) survenue deux ans après la première opération.

Fistules anales et abcès de la marge de l'anus (29 cas)

		EXPECTATION 3	TOPIQUES 2	TERMO-CAUTÈRE 14	INCISION 8	GRATTAGE 1	INJECTIONS IODOFORMÉES 1
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	»	6	3	»	1
	Amélioration	»	1	7	3	1	»
	Résultat nul	3	1	»	»	»	»
	Aggravation de l'état gén.	»	»	1	1	»	»
	Généralisation	»	»	»	1	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	3	»	»	1
	Amélioration	»	»	1	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	1	4	»	»
	Récidive à distance	»	»	2	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	3	2	8 (1)	4	1	0

(1) Total : 16 malades revus, 2 des observations ayant été recueillies au dernier moment.

Le débridement au thermocautère qui est l'opération de choix a sur 7 malades revus donné trois guérisons persistantes et une amélioration : c'est le seul traitement applicable

à la fistule; en ce qui concerne les abcès de la marge de l'anus, il pourrait peut-être céder le pas à l'injection iodoformée.

Mais telle est la persistance et la gravité de cette localisation de la tuberculose que le thermocautère lui-même ne saurait prévenir toujours la récidive. Sur trois de nos malades elle s'est produite localement, un an après l'intervention (obs. 122); et deux autres malades (obs. 120-121) et présentèrent des récidives multiples : l'un dut subir trois opérations et fut perdu de vue, l'autre deux fois opéré a été retrouvé cinq mois après la dernière intervention : la guérison locale s'était maintenue. Tous deux étaient tuberculeux.

La coexistence de la tuberculose anale et de la tuberculose pulmonaire explique encore la fréquence relative des récidives à distance ; il semble que le processus tuberculeux qui a fait effort pour se manifester au dehors se porte après l'opération radicale, telle que la destruction au thermocautère, dans les points de moindre résistance sans toutefois perdre ses droits. Avec cette imminence de la récidive on pourrait se demander s'il y a lieu d'intervenir dans la fistule anale tuberculeuse, chez un tuberculeux : dans une discussion de la Société Médicale des hôpitaux (9 février 1884), M. Polaillon se prononçait catégoriquement pour l'intervention à propos d'une fistule uréthro-prostato-périnéale. Nous pensons qu'il en est de même pour la fistule rectopérianale et, bien qu'à propos du même cas M. de Ranse ait rappelé qu'on accusait l'opération de la fistule de donner un coup de fouet à la tuberculose, il y a lieu de débarrasser le malade de cette source de suppuration et d'épuisement.

Est-ce à dire qu'on influera directement de la sorte sur les lésions pulmonaires. Le fait est peu probable, mais si l'on fait intervenir la question de résistance du sujet, il se pourrait qu'il y eût avantage à opérer. Nous avouerons cependant que nous faisons peu de fonds sur cet espoir et que notre

opinion après examen des suites éloignées n'est nullement modifiée.

La tuberculose périanale était d'un pronostic grave à son apparition, elle reste grave même après sa guérison. Si l'on intervient le seul procédé applicable est la destruction large au thermocautère : c'est le seul peut-être qui permette d'obtenir un succès opératoire durable. Le succès thérapeutique est souvent nul en ce qui concerne l'état général.

D. — Tuberculose articulaire

Parmi les questions les plus discutées qui ont trait aux manifestations locales de la tuberculose se place sans contredit l'intervention dans la tuberculose ostéo-articulaire ; nous choisissons à dessein ce terme d'ostéo-articulaire qui indique bien à notre sens l'origine osseuse de la plupart des tumeurs blanches.

Voyons quelles sont les suites éloignées que nous avons pu constater.

Articulations du membre supérieur. *Épaule.* — Le seul cas qu'il nous a été donné de revoir a trait à l'observation 169 ; le résultat thérapeutique local était à peu près nul : les fongosités s'étaient reproduites, il y avait persistance d'un trajet fistuleux : le bénéfice était bien minime en ce qui concernait la lésion elle-même : il faut dire cependant que l'état général s'était amélioré. Quant au résultat fonctionnel qui n'a point directement rapport à notre sujet, il était assez médiocre. Notre condamnation ancienne (page 248), qui n'envisageait que les suites immédiates, est donc encore applicable aux suites éloignées, d'autant que nous ne sommes point le seul à conclure ainsi (V. Vivien Thèse de Paris). Opération de nécessité purement palliative, c'est tout le bien qu'on en peut dire.

Voici d'autre part les résultats de la statistique de Bœckel.

6 cas, 6 guérisons avec survie de un, trois, cinq, six, huit et quatorze ans; l'un de ces opérés est mort de pneumonie après douze ans; le résultat est bon dans 4 cas, c'est-à-dire que les opérés (tous des adultes) élèvent le bras jusqu'à l'horizontale, sans participation de l'omoplate à ce mouvement.

Dans 2 autres cas, il est excellent, le bras peut être étendu verticalement au-dessus de l'épaule, 2 de ces opérés travaillent depuis huit et quatorze ans, comme maçon et comme cultivateur.

Voici le résumé de l'observation de M. Bœckel (*Chir. antisept.*, 1882), qui a rapport à une guérison datant de 6 ans.

Arthrite tuberculeuse scapulo-humérale. Homme de 23 ans. Fistule. Résection de l'humérus et de l'extrémité externe de la clavicule cariés. Guérison depuis 6 ans.

Coude. Quant aux résultats éloignés de la résection que nous avons pu constater chez les malades atteints de tumeur blanche du coude, ils contrastent complètement avec les précédents; ces suites éloignées sont dans notre statistique plus favorables encore que les suites immédiates, et nous sommes d'autant plus affirmatif que nous avons pu revoir tous les opérés au nombre de 4; ils figurent pour le chiffre de 4 guérisons, l'une d'elles, persistant trois ans après l'opération (Obs. 184), a donné un résultat à tous égards remarquable, une autre ayant donné un résultat thérapeutique et fonctionnel parfait, après une récidive qui nécessita une deuxième intervention. Nous noterons aussi que l'état général de nos malades s'est heureusement maintenu. Dans un troisième cas (observat. 183), opéré par M. Ricard après un traitement préopératoire par les injections d'éther iodoformé, il y eut une telle amélioration de l'état local et général malgré l'étendue des lésions que le malade put continuer un rude métier de forgeron. En résumé opération excellente, pouvant donner des résultats durables et parfaits et qui forme avec la scapulalgie les deux extrêmes de la série des résections envisagées sous le rapport de leur valeur thérapeutique.

Résultats de la statistique de Bœckel

12 cas, 11 guérisons (dont 8 définitives), 1 mort rapide de phtisie. 3 opérés sont morts après : neuf mois, de méningite tuberculeuse (enfant); un an, de phtisie pulmonaire (adulte); dix-huit mois, de tuberculose généralisée (enfant).

Des 8 guéris définitivement, l'une (une adulte) est ankylosée à angle droit; 2 autres dépassent l'angle droit; les 5 autres (tous des enfants de 6 à 13 ans sauf une), ont des mouvements normaux, nécessitant outre la résection du coude :

1 fois la trépanation et l'évidement simultané de l'humérus, pour ostéo-myélite;

1 fois l'extirpation simultanée du calcanéum;

1 fois la résection du poignet du côté opposé.

Ces derniers datent de dix ans; les autres, de quatorze, douze, dix et huit ans.

Nous avons rapproché à dessein les trois observations suivantes, qui démontrent ce que nous disions précédemment sur la valeur de la résection du coude.

Observation 183 (inédite, résumée). — *Tuberculose testiculaire en* 1862. — *Guérison.* — *Bronchite en* 1884. — *Début de tumeur blanche du coude en* 1888. — *Abcès tuberculeux de la marge de l'anus en* 1889. — *Echec des injections iodoformées qui tiennent lieu de traitement préopératoire.* — *Résection atypique.* — *Succès opératoire et thérapeutique.* — *Persistance d'une fistule anale.* — *Amélioration de l'état général.*

C... J.-F., tourneur en cuivre, né à Paris, entre à l'hôpital de la Pitié, *le* 23 *février* 1889, salle Michon, n° 61. Son père est mort à cinquante-sept ans, sans cause connue; sa mère est morte à soixante-dix ans, d'un cancer; le malade a un frère bien portant et deux sœurs dont la santé est bonne.

Lui-même a toujours été bien portant jusqu'en 1862, pas de strumes pendant la jeunesse. Une blennorrhagie sans orchite à dix-neuf ans. En 1862, abcès testiculaires multiples (orchite phymateuse) qui ont suppuré pendant trois semaines et ont guéri à la suite de cautérisations au nitrate d'argent. Trois semaines après le deuxième testicule devient malade à son tour,

et on le traite de même. Depuis, on sent au niveau de chaque épididyme, un noyau bosselé et induré ; la suppuration a complètement disparu depuis longtemps.

Le malade dit de plus avoir eu une bronchite en 1884, et avoir assez souvent toussé depuis.

Il y a deux ans et demi (1887), le malade fait sur le bras une chute assez grave, à laquelle il ne porte pas néanmoins grande attention. 10 *décembre* 1888, gonflement du coude correspondant (gauche); il continue néanmoins à travailler, en appliquant de la teinture d'iode, mais l'excès de travail hâte l'aggravation, et le malade, complètement impotent, entre à l'hôpital le 23 février 1890. A ce moment, l'article est volumineux, gonflé, douloureux; empâtement fongueux considérable, fistules multiples. L'état général n'est pas bon : le malade pâle et amaigri n'a point d'appétit.

Il reste quelque temps en observation, puis vers la fin de mars on lui fait des injections iodoformées tous les six jours, au niveau de l'articulation malade : il reçoit ainsi douze injections environ.

Le 1er *avril.* — On applique un silicate fenêtré qui immobilise, tout en permettant les injections; à chaque injection, il sort par aspiration une légère quantité de pus.

A ce moment (*avril-mai*), abcès de la marge de l'anus, qui a laissé depuis une fistule. M. Verneuil ne croit pas devoir intervenir pour cette fistule, et le malade est envoyé à Vincennes, *le* 9 *juillet* 1889; à ce moment, il y a un peu moins de gonflement, mais l'arthrite n'est pas guérie. Le malade prend de l'iodoforme à l'intérieur, de mars à juillet, et le cesse au moment de son séjour à Vincennes : l'état général s'améliore. A son retour de Vincennes, le malade rentre au n° 6 de la salle Michon (6 *août* 1889). Il y a fistulisation de l'articulation, gonflement considérable. Le malade a de nouveau maigri, néanmoins il ne tousse pas.

Le 26 *août* 1889. — M. Ricard, suppléant M. Verneuil, pratique une résection atypique du coude, par suite du mauvais état de la région et des trajets fongueux multiples : l'abrasion des fongosités est nécessairement incomplète : on saupoudre le foyer opératoire d'iodoforme; suture. Le premier pansement est fait huit jours après, et le dernier trente-cinq jours après l'opération. La réunion est très bonne et tout marche sans accident. Le malade sort *le* 5 *janvier* 1890 de l'hôpital,

mais il eût pu sortir bien plus tôt, s'il n'avait longtemps attendu son appareil. D'octobre à janvier, il a été de nouveau soumis au traitement iodoformé interne; depuis sa sortie de l'hôpital, il prend de l'huile de foie de morue. L'état général s'est de beaucoup amélioré, il a repris de l'embonpoint, la cicatrice est parfaite; la température n'a pas depuis l'opération dépassé 37° 2.

A diverses reprises, nous revoyons le malade, et tout dernièrement encore (10 *mars* 1890). *Le résultat opératoire est parfait : à aucun moment il ne s'est reproduit de fistule; le résultat n'est pas moins remarquable au point de vue fonctionnel. Le membre, maintenu par un appareil à cause des mouvements de latéralité, est capable de la plus grande mobilité et des plus grands efforts, et le malade a pu continuer son travail de forge et conserver sa place; il forge avec le bras malade!!!*

L'état général est très bon, l'embonpoint notable; la fistule anale est stationnaire.

Observation 184 (inédite, résumée). — *Tumeur blanche du coude datant de quatre ans. — Pas de lésions pulmonaires. — Résection. — Grattage incomplet des fongosités. — Guérison rapide. — Résultat remarquable.*

L... S., 39 ans, ménagère, entrée le 30 avril à la Pitié, salle Gerdy, n° 6.

Tumeur blanche du coude avec altération profonde des os sans trajet fistuleux cependant, le tout datant de quatre ans. Père et mère bien portants, ont 72 et 65 ans. Une sœur bien portante. A une fille de 13 ans bien portante.

La santé générale est moins bonne depuis trois ans; cependant, pas de toux, de sueurs, d'amaigrissement, pas de lésions pulmonaires, pas de scrofule antérieure. A déjà été soignée par M. Poncet, du Val-de-Grâce.

13 *mai*. — Opération. La malade est anesthésiée. On pratique la résection du coude. Incision longitudinale sur laquelle tombe une incision transversale, section de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. On opère le grattage des fongosités; ce grattage reste incomplet. On fait les sutures, on place un drain et on applique un pansement de Lister. Le coude est immobilisé fléchi dans une gouttière plâtrée.

6 *juin*. — La malade est partie pour aller passer huit jours chez elle. Elle est en bonne voie de guérison.

Le 17 *juin*, elle revient dans le service pour se faire panser (salle Gerdy, n° 5).

On enlève tous les fils. Elle conserve le bandage plâtré.

Elle sort de nouveau le 20 juin.

Le 6 *juillet*, elle rentre à l'hôpital, salle Gerdy, n° 18, on lui enlève le plâtre. On constate la cicatrisation complète. On place un silicate.

Elle sort le 9 *juillet* pour revenir.

La résection est guérie en tant qu'opération, aucun changement du côté de l'état général qui reste bon.

Nous revoyons la malade en mars 1890. *Le résultat est remarquable ; on peut le dire parfait. Semi-ankylose du coude, aucun trajet fistuleux ; la malade se sert très bien du membre. L'état général est bon.*

Observation 185 (inédite, résumée). — *Ancienne résection du coude. — Récidive des trajets fistuleux. — Résection complémentaire. — Succès opératoire et thérapeutique.*

E. B..., maçon (28 ans), entre le 2 *mai* 1887 à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, service de M. Polaillon. Il a subi, le 10 *janvier* 1884, l'opération de la résection du coude. La formation d'une fistule nécessite son entrée à l'hôpital. B... se sert bien de son bras néanmoins, et il peut vaquer aux occupations du service ; il existe des mouvements de latéralité étendus.

L'opération complémentaire a lieu le 23 *juin* 1887. Par une incision transversale, on dénude le fragment huméral et on en résèque 5 centimètres environ (anesthésie).

Les jours suivants, l'état du malade est bon. Mais *le* 15 *juillet* on observe une suppuration abondante ; on enlève alors les fils et on fait un pansement à l'iodoforme à la suite duquel la suppuration diminue. Pendant quelques jours (30, 31 *juillet*) le malade souffre un peu le soir, mais bientôt l'état général redevient bon.

Le 19 *août*, pansement ; il y a encore un peu de suppuration mais point de douleur. Jusqu'au 28 *septembre* on continue les pansements iodoformés, la fistule existe toujours, l'état général est bon.

Le 29 *septembre*, le malade ressent de la douleur dans le coude, il ne peut se servir de son bras. Il se forme un petit abcès qu'on ouvre le 17 *octobre* et qu'on panse ensuite à l'iodoforme.

Le 2 *novembre*, on met le membre dans un silicate.

Rien à signaler pendant six semaines, mais le 18 *décembre* le malade s'alite par suite de douleurs vives. On supprime alors le silicate qu'on remplace par un simple bandage et le 21 *décembre*, B... ne souffrant plus, peut se lever de nouveau et même reprendre son travail. Il se sert de son membre et opère la flexion sans appareil, mais son bras est flottant et sans force ce qui ne l'empêche pas du reste de faire le service d'infirmier, le bras maintenu par un appareil silicaté.

Le malade reste dans le service de M. Polaillon comme infirmier; sept mois après la deuxième opération, il reste une fistulette insignifiante à écoulement intermittent, puis il passe comme infirmier dans un autre service où il reste encore quatre mois. Il quitte l'hôpital en bon état local et général.

Poignet. Nous serons moins affirmatif en ce qui concerne le poignet, engageant le lecteur à se reporter page 250 à ce qu'en disait M. Nepveu au Congrès pour l'avancement des sciences de La Rochelle (1882). Le seul malade que nous ayons revu avait subi *la résection;* il persistait deux ans après des trajets fistuleux à écoulement intermittent; depuis l'opération il y avait eu tuberculisation pulmonaire; un autre cas traité par la compression (ce cas revu tout récemment ne figure pas sur nos tableaux), nous a montré une récidive totale avec propagation aux gaines péri-articulaires ; il y avait eu pendant quatre mois apparence de guérison.

En somme nous avons peu d'éléments pour juger la question des suites éloignées de cette variété de résection ; nous nous en rapporterons donc à nos maitres qui tendent à la regarder comme peu favorable, et tout dernièrement encore (avril 1890) nous avons vu chez M. Polaillon un ancien

Tuberculose articulaire (52 cas)

		ÉPAULE 4		COUDE 5		POIGNET 4			HANCHE 16				GENOU 14					PIED 9		
		Résection 4		Expectation 1	Résection 4	Topiques 1	Grattage 1	Résection 2	Incision 2	Grattage 1	Résection 2	Appareils 11	Thermoc. 2	Amputation 1	Ether iodof. 1	Résection 2	Appareils 8	Grattage 1	Amputation 5	Appareils 3
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	»	»	3	»	»	2	1	1	»	4	1	1	»	»	»	»	4	1
	Amélioration	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	1	«	»	1	»	»	1	2
	Résultat nul	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	4	«	»	»	1	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»
	Généralisation	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1tard.	»	3tub. (1)	1	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
	Amélioration	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
	Résultat nul	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	1	1	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	«	»	»	»	»	»	3	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»
	Perdus de vue	3	»	1	»	1	1	1	2	1	0	7	1	1	1	2	3	0	»	3

(1) Donc 4 morts de tuberculose pulmonaire.

réséqué du poignet qui dût subir à la suite de récidive l'amputation de l'avant-bras.

Bœckel comprend dans sa statistique 2 cas de résection du poignet ayant donné 2 guérisons; mais l'un de ses opérés est mort de phtisie après un an; l'autre travaille comme tourneur sur métaux depuis dix ans.

Membre inférieur. *Coxalgie.* Les suites éloignées de cette affection sont peu favorables et si nous écartons la coxalgie infantile qui peut donner des résultats assez bons nous n'avons point à nous louer des résultats que nous avons pu constater. Sans parler de *l'incision et du grattage* qui n'ont pour objectif que des abcès circonvoisins, c'est-à-dire des épiphénomènes essentiellement passagers et dont la cure est en général possible, la *résection*, faite ordinairement tardivement lorsque la suppuration articulaire elle-même a abouti à la fistulisation nous a donné les plus déplorables résultats, à tel titre que nous nous demandons s'il n'est pas préférable de temporiser; nous n'avons point observé de guérison, même momentanée, après cette intervention, tant est grande la *tendance à la récidive* favorisée par la dissémination des fusées fongueuses, leur situation profonde, les altérations possibles du cotyle, etc...

Il n'est pas douteux que lorsqu'il est applicable, le traitement plus simple *par les appareils* ne constitue la méthode de choix, mais il faut pouvoir prévenir la fistule sous peine de rendre impossible l'application de ces appareils. Tous les jours on rencontre d'anciens coxalgiques qui marchent et se portent bien; mais le fait nous paraît être sensiblement plus rare dans la clientèle hospitalière et ouvrière. Des onze malades ainsi traités quatre seulement ont été retrouvés; un autre avait succombé à la tuberculose pulmonaire, deux étaient en pleine récidive locale ou à distance. Enfin le fait le plus favorable était un résultat nul! C'est le propre de l'affection de s'éteindre parfois pour réapparaître à l'occasion de la

cause la plus futile, le malade restant toujours en imminence de récidive ; de tout ceci il ressort que les appareils constituent le seul et unique moyen thérapeutique de la coxalgie, mais que leur application doit être très précoce, enfin que les chances de guérison sont en raison inverse de l'âge du malade.

De son côté Bœckel cite :

32 cas de résection dont 20 guérisons et 12 morts. La mort est due aux causes suivantes :

Choc, 3 cas dont un adulte de 50 ans ;
Méningite tuberculeuse, 4 cas ;
Épuisement, 2 cas au bout de quelques heures ;
Tuberculose du bassin, 2 cas ;
Diphtérite, 1 cas.

Des 20 guéris :

2 ont été perdus de vue après un an ;
2 sont morts de méningite après trois mois et deux ans ;
2 sont morts, après deux et trois ans, d'albuminurie ;

Restent donc 14 opérés en vie, dont 9 sans fistules depuis dix, huit, sept, cinq ans et dix-huit mois, et 5 avec fistules depuis cinq ans pour les plus anciens.

Tous ces opérés, sauf un, datant de dix-huit mois et bien guéris, *concernent des enfants, devenus aujourd'hui des adultes.*

11 ont guéri par ankylose, 3 par articulation mobile.

Le raccourcissement est de 4 à 7 centimètres et demi après dix ans, pour les plus anciens ; ces opérés marchent à l'aide d'un soulier à semelle élevée ; quelques-uns marchent encore avec des béquilles après cinq et six ans.

L'un des opérés a pu faire, quatre ans après la résection, à l'âge de onze ans, l'ascension du ballon d'Alsace, sans fatigue.

Comme complications et augmentation des risques opératoires, je note 2 cas de perforation de la cavité cotyloïde avec abcès de la fosse iliaque (1 adulte et 1 enfant), qui ont guéri, et 1 cas de résection de la hanche et du genou du même côté, avec guérison et survie de cinq ans ; depuis lors plus de nouvelles.

Ainsi qu'on le remarquera ces chiffres sont tout à fait remarquables, mais ils concernent des enfants : chez l'adulte

au contraire la guérison totale, complète, sans fistules, de la résection de la hanche pour tuberculose est exceptionnelle, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les observations de la thèse de Reboul qui ont rapport à la tuberculose de cette articulation.

En voici un exemple :

Obs. CXCV (thèse de Reboul). — Coxalgie tuberculeuse. Résection. Pas de guérison. Grattage. Désarticulation.

Genou. Nous avons vu page 252 combien la tuberculose pulmonaire décimait ces malades ; nous avons cependant pu en revoir quelques-uns.

Nous avons noté par exemple dans nos tableaux comme présentant une guérison durable le malade qui fait l'objet de l'observation 186 et cependant il est rentré récemment à l'hôpital, le genou étant de nouveau douloureux.

Observation 186 (inédite, résumée). — *Tumeur blanche du genou. — Pointes de feu profondes. — Succès opératoire et thérapeutique, puis récidive.*

Le 1er *août* 1889, entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Ricard, salle Michon, n° 34, le nommé A... E., journalier. C'est un homme de 23 ans, paraissant doué d'une bonne constitution, ayant un père asthmatique et une mère rhumatisante. Lui-même s'est toujours bien porté.

En 1885, le malade a ressenti, pour la première fois, dans le genou gauche, des douleurs qui lui permettaient cependant de travailler une partie de la journée.

Au commencement de l'année 1889, l'articulation a gonflé. On lui a appliqué des vésicatoires et de la teinture d'iode.

Au mois de juin, il est entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Kirmisson qui lui a appliqué quatre fois des pointes de feu en lui faisant prendre de la teinture d'iode à l'intérieur. Enfin, un mois après il entre à la Pitié avec une tumeur blanche du genou.

A ce moment le malade se plaint de douleurs au niveau du

genou gauche, augmentant à la marche. L'articulation est légèrement gonflée, On lui fait de l'extension méthodique, puis le 16 *août*, M. Ricard lui applique des pointes de feu, dites des vétérinaires, c'est-à-dire au thermo-cautère très profondes et pénétrant jusqu'au tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Soixante dix pointes lui sont ainsi faites sous le chloroforme.

En septembre, dès que les pointes de feu sont cicatrisées, on fait l'extension de la jambe et l'on constate une amélioration considérable ; le genou a diminué de volume. Le malade est en état de quitter l'hôpital ; auparavant cependant, on lui applique un silicate avec lequel il marche bien sans le secours de béquilles.

Nous le voyons un mois après ; l'état local est excellent et malgré une notable raideur du genou il marche très bien.

Nous le voyons de nouveau en *mars* 1890 ; il travaille sans peine ; l'état général est bon ; pas de fistule.

Le 15 avril 1890, le malade revient nous voir à l'Hôtel-Dieu et entre dans le service. Bien qu'il marche encore convenablement la guérison s'est démentie; actuellement il accuse des douleurs vives à la partie interne du genou ; il y a fausse sensation de fluctuation indiquant que la totalité des fongosités n'a pas été détruite ou qu'il s'en est reproduit de nouvelles à ce niveau.

Nous n'avons pu revoir *l'amputé de cuisse* et nous avons quelques raisons de croire qu'il a dû succomber à la cachexie tuberculeuse son état étant peu satisfaisant à la sortie de l'hôpital.

Par contre nous n'avons pas noté les suites éloignées de deux résections du genou ; les malades sont revenus nous voir tout récemment : chez les deux l'état local était bon, et malgré quelques plaintes de l'un d'entre eux nous inscririons volontiers « guéris » en regard de leur observation : disons en passant que le résultat fonctionnel nous a paru surtout dans l'un de ces cas très médiocre ; cependant cette opération nous paraît bien préférable à l'intervention sanglante au niveau de la cuisse.

S'il est une catégorie de malades qui soit soumise aux alternatives d'amélioration et d'aggravation que présentent les tuberculoses locales, c'est surtout celle des sujets affectés de tumeur blanche du genou et traités par *les appareils*. Nous avons pu sur trois malades revus à longue échéance constater un résultat nul, une récidive locale et une amélioration. L'état général n'étant point sensiblement modifié nous aurions quelque tendance à accorder la préférence à ce traitement si bénin et parfois assez efficace.

En juin 1883, M. Polaillon communiquait à la Société de chirurgie l'observation d'un tuberculeux qu'il a amputé pour une tumeur blanche du genou. Il obtint une guérison complète, avec amélioration des lésions pulmonaires.

M. Trélat présente un malade qui eut une tumeur blanche du genou et qu'il traita par les appareils et la révulsion.

L'infirmier qui amène le malade de M. Polaillon a été soigné, en 1869, par M. Trélat pour une arthrite fongueuse très grave du genou droit. A force d'appareils et de révulsifs on est arrivé à lui conserver son membre. L'articulation est immobile dans l'extension et le malade marche aujourd'hui facilement avec un appareil contentif. La résection du genou donne rarement un membre aussi solide. Il est vrai que les guérisons de ce genre sont rares, mais ce fait sert au moins à prouver qu'il y a quelquefois avantage à ne pas faire la résection d'emblée.

La statistique de Bœckel est considérable en ce qui concerne l'articulation du genou; il compte 58 cas avec 55 guérisons et 3 morts, soit :

47 résections typiques;
44 guérisons, 3 morts;
17 arthrectomies et synovectomies;
12 guérisons, sans mort.

a :) *Résection typique*

« Des 3 morts, l'un a succombé après quarante-huit heures, à une endocardite ulcéreuse; l'autre, au bout de trois semaines, par épanchement purulent de la plèvre méconnu; le troisième, enfin, de méningite tuberculeuse.

Des 44 guéris, 3 ont été amputés ultérieurement ; 4 ne se sont pas consolidés et marchent avec un appareil à tuteurs.

Les 37 autres ont guéri par ankylose ; les plus anciens (il y a dix ans), sous 2 et 4 pansements ; les autres, sous 1 et 2 renouvellements de pansements (10 cas) ; enfin, les 14 derniers sous le seul pansement opératoire, non renouvelé.

Malgré ces complications, tous ces opérés ont guéri et se sont consolidés entre dix-sept et cinquante-six jours (dans 20 cas), et deux et sept mois dans les autres.

Au point de vue des résultats ultérieurs, je dirai que tous mes opérés sont encore en vie. Des 37 en question pas un n'est mort ; les plus anciens datent de dix ans, les plus récents d'un an.

b :) *Résections partielles et synovectomies*

A. Des 5 *résections partielles*, l'une a été suivie d'amputation, quatre mois après la résection.

Des 4 autres, 2 ont guéri par ankylose rectiligne, 2 par ankylose légèrement angulaire.

Les premiers de ces opérés avaient quarante-six et six ans ; les deux derniers cinq ans et trois ans et demi. Ils vivent et se portent bien depuis quatre ans et demi, trois et deux ans et demi.

B. Mes 6 cas de synovectomie ont fourni 6 guérisons opératoires et 4 guérisons définitives ; 2 sujets sont morts :

1° Au bout de cinq mois d'entérite tuberculeuse (enfant de deux ans et demi) ;

2° Au bout de deux ans, de phtisie.

Les quatre autres sont bien portants depuis trois ans et demi, deux ans et demi, deux ans et un an et demi. Ils sont âgés de quatre, dix, quarante et cinquante ans.

Les deux adultes ont guéri sous un et deux renouvellements de pansement ; chez l'un, l'ankylose ne s'est établie qu'au bout de dix-huit mois ; chez l'autre, au bout de vingt mois ;

Les deux sujets plus jeunes ont suppuré et ne se sont consolidés qu'après treize mois et deux ans.

Ostéoarthrites du pied. Nos conclusions diffèrent quelque peu des considérations que nous avions développées page 256.

Le *grattage* déjà insuffisant et sujet aux récidives immé-

diates ne saurait dans l'avenir que donner un mauvais résultat ainsi qu'en fait foi le seul cas que nous ayions observé (1). On pouvait dès lors se demander quelles seraient les suites de *l'amputation* totale du segment et nous pouvons répondre à cette question puisque nos cinq opérés ont été revus.

Or un seul (Obs. 159) présentait une guérison durable 18 mois après l'intervention, l'état général restant satisfaisant; chez les quatre autres, *le sacrifice du membre n'a pu empêcher la récidive à distance* : l'un est mort tuberculeux (Obs. 170) les signes pulmonaires ayant apparu postérieurement à l'opération; dans trois autres cas il y eut récidive à distance six mois après (Obs. 136); chez un tuberculeux (Obs. 162) il y eut bien amélioration persistante de l'état général mais récidive au niveau du poignet.

Enfin notre observation 139 est d'autant plus remarquable que la récidive eut lieu dans le testicule 14 ans après l'intervention, circonstance qui montre une fois de plus que la tuberculose ne perd jamais ses droits et que la guérison de la femme qui fait l'observation n° 159 est bien hypothétique puisque l'opération ne remonte qu'à 18 mois.

Est-il besoin de dire que nous ne nous attendions guère à un pareil résultat et qu'après avoir émis le principe (page 256) de l'opération radicale, nous sommes obligé maintenant de la regarder elle-même comme bien souvent illusoire et inefficace. Nous ne la condamnerons pas cependant puisqu'elle peut donner de beaux résultats immédiats et nous étudierons plus loin le moyen de rendre définitifs ou au moins durables ces succès opératoires.

Mais en dehors de cette dernière considération il nous serait difficile d'opter entre les divers traitements proposés pour les ostéoarthrites du pied, puisque insuccès immédiat ou

(1) L'observation 136 a trait à deux échecs consécutifs de la résection et du grattage dans une ostéoarthrite du pied et peut être jointe à celle qui figure sur nos tableaux.

récidive tardive même après un large sacrifice, telles sont les alternatives qui se présentent au chirurgien : *La récidive locale ou à distance quel que soit le mode d'intervention est la règle.* Ce qui permettait à Leroux de conclure dans sa thèse de 1880.

1° *Jusqu'alors les résultats de l'intervention chirurgicale chez les phtisiques ont été mauvais;*

2° *Jusqu'alors on n'a guère obtenu que des succès opératoires;*

3° *Jusqu'alors l'insuccès thérapeutique a été la règle, le succès, l'exception.*

Voici ce que dit Bœckel à propos des tarsectomies.

Il compte 17 cas et 17 succès opératoires.

« Les cas de résections du pied se divisent en *tarsectomie postérieure* (extirpation du calcaneum, de l'astragale ou des deux os simultanément).

Deux opérés sont morts après huit mois et un an, tous deux de méningite tuberculeuse; le cas le plus remarquable concerne un enfant opéré à l'âge de trois ans (extirpation du calcaneum et de l'astragale), *il y a quinze ans.* Il a aujourd'hui dix-huit ans, exerce le métier de jardinier, et fait à pied, sans fatigue aucune, 16 et 20 kilomètres, presque sans boiter. Les mouvements de flexion et d'extension se font librement au niveau du tarse antérieur.

Des 6 extirpations du calcaneum, 5 ont guéri définitivement; le sixième est mort de phtisie, un an après l'opération; sur ces 6 cas, il y a deux adultes.

4 cas, consignés dans la thèse de Nicolas, de Nancy (De l'arthrotomie antiseptique), concernent des synovectomies de l'articulation tibio-tarsienne avec résection partielle de la poulie astragalienne. Ces opérations ont été faites sur des enfants de deux à quatre ans, qui vivent depuis cinq et sept ans et ont conservé tous leurs mouvements.

Tarsectomie antérieure. — 3 cas, 3 succès opératoires.

Ces opérations, pratiquées sur des femmes de vingt-neuf et quarante-huit ans, ont consisté à réséquer le scaphoïde, le cuboïde, l'extrémité antérieure du calcaneum et une fois les deuxième et troisième cunéiformes en sus.

Elles datent de deux, six et neuf ans et ont fourni un résultat excellent, permettant à ces malades de marcher et de faire à pied plusieurs kilomètres sans se fatiguer. »

Le pronostic éloigné des affections articulaires diffère donc dans quelques points du pronostic de leurs suites immédiates. — Dans ce dernier ordre d'idées on se rappelle que nous avions (page 225) ainsi classé les articulations par ordre de bénignité des affections tuberculeuses correspondantes : 1° *coude ;* 2° *hanche ;* 3° *poignet ;* 4° *pied;* 5° *genou ;* 6° *épaule.*

Si l'on tient compte de la gravité de la récidive locale et de la récidive à distance, nous obtenons le classement suivant (n'ayant en vue que les suites éloignées du traitement :

1° *Coude ;*
2° *Genou ;*
3° *Articulation coxo-fémorale ;*
4° *Épaule ;*
5° et 6° *Poignet et pied.*

Quant à la question des bénéfices comparés de l'amputation et de la résection, nous n'avons point assez de points de comparaison. Aussi, empruntons-nous quelques chiffres à la à la thèse de Leroux et à la statistique si complète de Boeckel, de Strasbourg.

En étudiant la valeur comparative des amputations et des résections, Leroux constate que 44 cas d'amputation ont donné :

Morts	27
Guérisons complètes	12
— *incomplètes*	5
	44

Que 50 résections ont donné :

Morts.....	36
Guérisons complètes....	9
— *incomplètes*..	5
	50

Quant à l'influence de chaque variété de traumatisme opératoire, il observe :

1° *Que d'une façon générale les amputations ont activé la marche de la tuberculose pulmonaire ;*

2° *Que les résections ont rarement amené une mort rapide.*

Cette dernière assertion ne répond peut-être pas à ce que nous avons observé nous-même, mais pour le moment nous ne voulons retenir que la première partie de ces constatations et elle nous montre les piètres résultats éloignés que l'on pouvait alors espérer bien que l'antisepsie commençât à se faire jour dans la pratique hospitalière.

Nous ne pouvons passer sous silence le résumé des *Résultats immédiats et éloignés de 204 cas d'Amputations et de Résections pratiquées de* 1875 *à* 1888 *pour des tuberculoses locales,* publié par le docteur Jules Bœckel, communiqué au Congrès français de chirurgie, 4e session.

« La statistique, en ce qui concerne les amputations et les résections pour *ostéo-arthrites tuberculeuses*, s'étend sur une période de quatorze ans (1875 à 1888 inclusivement).

Elle comprend une série de 204 cas, dont :

53 amputations;

151 résections, dont { 127 résections des grandes articulations et 24 résections des os du tronc.

Les résections des petites articulations, et les évidements osseux, très fréquents dans notre pays, ne sont pas comptés ici.

Les 53 cas d'amputation ont fourni en bloc 49 guérisons et 4 morts.

14 opérés ont été perdus de vue depuis leur sortie de l'hôpital. Les autres ont été revus. Ils se répartissent de la façon suivante :

Cuisse. — 17 cas avec 16 guérisons et 1 mort, six semaines après l'amputation, d'affection cardiaque. Ce cas concerne une femme de soixante-dix ans.

2 autres opérés sont morts après deux mois, de phlébite et d'ostéomyélite.

2 autres ont vécu deux et trois ans ; ils sont morts de pneumonie et d'hémorrhagie cérébrale.

12 sont en vie depuis sept, douze et quatorze ans.

Le plus âgé des survivants a aujourd'hui quatre-vingts ans.

La mortalité, qui est de 5,8 %, est par conséquent nulle en ce qui concerne la tuberculose.

Jambe et bras. — 22 cas avec 19 guérisons et 3 morts. Des 3 morts, l'un a succombé au bout de cinq semaines à la phtisie pulmonaire ; un autre d'hémoptysie foudroyante après trois semaines. Ces 2 cas concernent des amputés de jambe. Enfin une amputée du bras est morte d'épuisement après quarante-huit heures.

Des 19 guéris, 5 n'ont plus donné de leurs nouvelles après trois ans ; restent donc 14 amputés, dont dix seulement sont en vie, après deux, trois, cinq, huit, neuf, dix et onze ans et se portent bien.

Les 4 autres ont une survie de :

Dix-huit mois (puis mort de phtisie) ; cinq ans (idem) ; huit ans (marasme).

Enfin, une femme de soixante-quatre ans, amputée du bras, a vécu en bonne santé pendant six ans ; puis elle a été amputée de la cuisse pour ostéo-arthrite tuberculeuse et a encore vécu deux ans. Elle est morte albuminurique.

Au total, sur 39 opérés suivis pendant plusieurs années, 22 seulement vivent encore ; 2 ou 3 d'entre eux sont candidats à la phtisie ; l'un a des hémoptysies depuis deux ans, l'autre a des cavernules.

La mortalité générale, qui est ici de 13,6 %, augmente au bout de quelques années, en ce qui concerne la tuberculose, au

point d'atteindre le double, c'est-à-dire 27,2 °/₀, elle tombe à 8,1 °/₀, si j'y ajoute les amputations de la cuisse.

RÉSECTIONS ARTICULAIRES

Les résections articulaires se décomposent ainsi :

				Mortal.
Epaule ...	6 cas.	6 guér.	0 mort.	0 °/₀
Coude....	12 —	11 —	1 —	8,3/ ₀
Poignet...	2 —	2 —	0 —	0°/₀
Hanche ..	32 —	20 —	12 —	37,5°/₀
Genou.. .	58 (47 résect. 11 arthrectom.)	55 (44 résect. 11 arthrectom.)	3 (3 résect. 0 arthrectom.)	5,1°/₀
Pied.....	17 cas.	17 guér.	0 mort.	0°/₀
Total...	127 cas.	111 guér.	16 morts.	12,6°/°

E. — Tuberculose des gaines tendineuses (synovites)

Nous aurions facilement omis ce paragraphe étant donné le trop petit nombre des malades que nous avons pu revoir, si nous n'avions tenu à faire deux remarques à propos des synovites tuberculeuses.

Nous avons peu de confiance dans les procédés aussi peu énergiques que la *compression* et nous croyons qu'il y a lieu d'intervenir : l'*incision* pure et simple étant une intervention évidemment incomplète, nous ne saurions l'adopter. Il nous reste à parler du *grattage* qui dans les deux cas dont nous avons pu compléter l'observation, nous a donné un succès persistant (un an dans un cas, neuf mois dans l'autre), après l'opération. C'est, croyons-nous, un procédé recommandable qui, lorsqu'il est bien exécuté peut donner des résultats parfaits. Nous n'hésiterons donc pas à l'employer au caséchéant, à le combiner à l'*extirpation*, tout en prenant contre les accidents immédiats certaines précautions sur lesquelles nous reviendrons au cours de ce travail. Souvent la réunion immédiate est permise et l'iodoforme peut être, par l'opération, porté au niveau même du foyer bacillaire.

Synovites (7 cas)

		Topiques 1	Incision 1	Grattage 4	Extirpation 1
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	1	2	1
	Amélioration	»	»	»	»
	Résultat nul	1	»	1	»
	Aggravation	»	»	1	»
	Généralisation	»	»	»	»
		»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	2	»
	Amélioration	»	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»	»
	Récidive à distance	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»
	Perdus de vue	1	1	2	1

Cependant, depuis quelque temps les beaux résultats définitifs obtenus par les *injections d'éther iodoformé* dans les tuberculoses suppuratives,ont engagé quelques auteurs à traiter de même les collections semi-liquides des synovites tuberculeuses et l'idée des injections antiparasitaires a donné lieu à divers mémoires dont les conclusions paraissent favorables à ces recherches. On trouvera de bonnes indications à ce sujet dans la toute récente thèse de notre collègue Reboul « *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. De l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré.* »

Nous avons observé plusieurs fois les bons effets de cette méthode et nous sommes disposé à l'admettre comme premier degré de l'intervention. Echouerait-elle qu'elle aura encore l'avantage de préparer le foyer bacillaire par une sorte de stérilisation préopératoire.

Nous engageons d'ailleurs le lecteur à se reporter à la thèse de Reboul, 1890 (1). Il trouvera page 95 au chapitre : *Emploi des antiseptiques dans le traitement des synovites*

(1) Voir aussi Lejars, traité de chirurgie, 1890, page 865.

tendineuses tuberculeuses, de nombreuses et excellentes indications qui nous dispensent d'insister, ce travail étant contemporain du nôtre.

Voici d'ailleurs quelques observations tirées de son travail:

Obs. CCXVII (Humbert, *Bull. et Mém. de Soc. chir.*, p. 705, 1882). — Synovite riziforme de la gaine des fléchisseurs. Début il y a trois ans. Incision. Injections phéniquées. Guérison persistant trois mois après l'opération.

Obs. CCXVIII (Schwartz, *Bull. et Mém. Soc. chir.*, p. 470, 1883). — Synovite à grains riziformes de la gaine carpo-phalangienne interne. Incision. Lavages phéniqués. Drainage. Guérison complète et persistant un an après l'opération.

Obs. CCXXIII (Schwartz, *ibid.*, p. 744, 1887). — Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. Large incision. Curage. Cautérisation au chlorure de zinc. Guérison persistant trois mois et demi après l'opération.

Obs. CCXXIV (Jalaguier, *ibid.*, 26 décembre 1888). — Kyste à grains riziformes des gaines du poignet. Incision. Curettage. Lavages au chlorure de zinc. Guérison persistant trois mois après l'opération.

Obs. CCXXV (J. Bœckel, *in thèse de Daban*, 1889). — Kyste à grains riziformes de la gaine des fléchisseurs de la main. Incision. Curettage. Guérison complète persistant six mois après l'opération.

Obs. CCXXIX (Le Bec, *Gazette des hôp.*, 19 août 1886). — Synovite fongueuse de la grande gaine synoviale carpienne; grattage. Guérison persistant cinq mois après l'opération.

Obs. CCXXXII (Tourneau, in Semiac. *Thèse de Paris*, 1888). — Synovite à grains riziformes de la gaine interne du poignet gauche et de l'annulaire. Excision. Grattage. Guérison persistant huit mois après.

Obs. CCXXXIV (Ardle, *The Dublin Journ. of. med. sc.*, 1889). — Synovite des tendons fléchisseurs du poignet. Incision Grattage. Guérison qui se maintient six ans après l'opération.

F. — Tuberculose vertébrale

A ne considérer que les résultats que nous avons observés nous serions fort embarrassé pour choisir le mode de trai-

tement le plus favorable à la guérison de la tuberculose vertébrale ; en dehors du *traitement général* qui à lui seul fournit des succès dans le jeune âge, nous voyons à la suite de l'*expectation* un résultat nul, une récidive et deux morts; tous les autres malades sur l'état desquels nous avons obtenu des renseignements sont morts, qu'ils aient été traités par un minimum d'intervention comme l'*incision simple* des abcès ossifluents au moment où ceux-ci sont prêts à s'ouvrir comme le conseille M. Kirmisson, ou par le grattage.

La mort elle-même est plus ou moins tardive. Dans deux de nos cas (obs. 164 et 165), elle est survenue dans le cours de la quatrième année ; enfin un autre malade renvoyé tardivement à la campagne mourut aussi deux ans environ après le début des accidents ; à plusieurs reprises on avait dû inciser et drainer des abcès par congestion.

Ostéites sacrées. Mal de Pott. — 16 cas.

		Expectation 6	Traitement pharmaceutique 1	Topiques 2	Incision 1	Grattage 3	Injections Iodoformées 3
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	»	»	»	1	1
	Amélioration	1	»	1	1	1	2
	Résultat nul	4	1	1	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	1	»
	Généralisation	1	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	»	»	»
	Amélioration	»	»	»	»	»	»
	Résultat nul	1	»	»	»	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	1	»	»	»	»	1
	Récidive à distance	»	»	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	2	»	»	1	2	»
	Perdus de vue	2	1	2	0	1	2

Chez ces malades, d'ailleurs affaiblis, souvent cachectiques, on doit, semble-t-il, éviter les actes chirurgicaux sérieux,

d'autant que la chirurgie ne peut s'adresser qu'aux complications purulentes et non à la lésion elle-même. Bien que le seul malade que nous ayions revu présentât une récidive locale (depuis, l'état général s'est très sensiblement aggravé) nous croyons qu'il faut s'en tenir aux *injections iodoformées* dans le traitement des abcès ossifluents ; nous en donnons pour preuve les observations 194 et 195, rapportées dans la sixième partie de notre travail, chapitre III ; on ne saurait affirmer qu'elles garantissent l'avenir ; le pronostic du mal de Pott n'en reste pas moins sombre même après des trèves assez longues et les procédés curatifs proprement dits sont encore à découvrir.

Le *traitement des abcès par congestion par la méthode non sanglante* est d'ailleurs de date ancienne, puisque Fabrice d'Aquapendente y injectait du vin et de l'oxymel, méthode reprise par Dupuytren.

On trouvera dans la thèse de Reboul (1890), un historique assez complet de ce traitement des abcès par congestion (page 47). Sans parler du traitement de Boinet, de Laugier, de Heine, etc., nous mentionnerons surtout l'opinion du professeur Lannelongue qui dès 1881 préconisait l'ouverture et le grattage ou l'extirpation des abcès froids des membres ; idées adoptées par Reclus (1886).

M. Bouilly préconise la stérilisation préventive des foyers fistuleux par les injections de chlorure de zinc ; il est également partisan de l'ouverture et du grattage ou du drainage, et Socin, Bœckel, Volkmann, Leser de Halle (1886), Routier (1888), Quénu et Leriche partagent cette opinion.

D'autre part Verneuil, dès 1885, érige en méthode les injections d'éther iodoformé ; Verchère publie dans la *Revue de chirurgie* de 1886, des observations importantes, et Jœger, Bœckel, Barette, Piéchaud, Cordier (Société de médecine de Lyon 1888), Reclus, adoptent le procédé qui a trouvé peu de détracteurs (Dallinger, 1889). Le traitement par la ponction

suivie de l'injection d'autres antiseptiques que l'iodoforme, le sublimé (Schede), le chlorure de zinc (Hamilton), l'éther salolé (Périer), le naphtol camphré (Reboul), est d'ailleurs parfaitement rationnel.

Ce n'est pas que la médecine opératoire ait reculé devant les difficultés de l'intervention (voir Reboul, *thèse* de 1890, page 67). Nous lui empruntons quelques indications. Dès 1879, Hueter avait essayé les injections antiseptiques dans le corps de la vertèbre malade.

J. Bœckel (*Gazette hebdomadaire de Strasbourg*, 1882), fit un évidement vertébral ; Israël (*Berl. klin, Voch*, 9 mars 1882), gratta le corps de la 12e dorsale ; Polaillon (*Union médicale*, 1883), réséqua deux apophyses épineuses ; Delorme (*thèse de Faucillon*, 1887), gratta le corps de la 12e dorsale ; Labbé intervint pour tuberculose d'une vertèbre sacrée. Enfin, Lannelongue pose (*Traité de la tuberculose vertébrale* 1888) le principe de l'intervention quand il y a abcès.

G. — Tuberculose osseuse

1° *Ostéites mastoïdiennes.* Nous avons eu des renseignements sur les suites opératoires de deux de nos interventions : dans l'une la simple *incision,* intervention incomplète, fut suivie d'un résultat immédiat nul ; le malade mourut avec des phénomènes cérébraux un peu plus de deux ans après la sortie de l'hôpital.

Un autre opéré de M. Ricard revu sept mois après l'intervention (*trépanation de l'apophyse mastoïde*) était complètement guéri à ce moment sans persistance de trajet fistuleux.

Nous avons déjà cité le cas de ce malade chez lequel une otite moyenne tuberculeuse avec carie du rocher fit croire à une issue promptement fatale ; on tempéra cependant, le malade fut perdu de vue : deux ans après il était en bon état général ! les phénomènes cérébraux avaient disparu.

2° *Tuberculose costale.* Nous avons déjà dit page 266 que primitivement très partisan de l'intervention sanglante dans la tuberculose costale, nous avions dû modifier notre opinion première en présence des résultats immédiats médiocres que

Carie du Rocher (6 cas)

		PHARMACEUT. 1	INCISION 2	TRÉPANATION 3
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	»	1	»
	Amélioration	1	»	3
	Résultat nul	»	1	»
	Aggravation	»	»	»
	Généralisation	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	1
	Amélioration	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»
	Aggravation	»	»	»
	Récidive locale	»	»	»
	Récidive à distance	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	1	»
	Perdus de vue	1	1	2

nous avions constatés. Les résultats éloignés ne sont pas beaucoup plus favorables puisque sur les cinq malades que nous avons revus aucun ne présentait de guérison définitive.

Ce n'est pas que l'*expectation* pure et simple soit recommandable puisque dans les deux cas observés la récidive eut lieu après une amélioration ; l'*incision suivie de grattage* a donné une amélioration ; chez un autre malade traité de même il y eut récidive à distance (au niveau d'un métacarpien) (observation 143) sans lésions pulmonaires appréciables ; l'état local était seul amélioré chez le malade qui avait subi la *résection* de l'os malade et que nous pûmes revoir ; il y avait amélioration (observation 94) avec fistule persistante.

En résumé nous ne saurions conseiller l'expectation ; la présence d'un os malade indique le principe de l'intervention. Au début on peut contre l'abcès symptomatique employer les

		Tuberculose costale 15 cas				*Ostéites des membres* 13 cas							
		Expectat.	Grattage	Inj. iod.	Résection	Expectat.	Pharm.	Topiques	Trépan.	Incision	Grattage	Amput.	Resection
		6	4	1	4	2	1	1	2	2	3	1	1
SUITES IMMÉDIATES	Guérison	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	1
	Amélioration	1	3	»	2	»	»	»	2	»	3	»	»
	Résultat nul	4	»	»	»	2	1	1	»	2	»	»	»
	Aggravation	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
SUITES ÉLOIGNÉES	Guérison	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Amélioration	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»
	Aggravation	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Récidive locale	2	»	»	»	1	»	»	»	1	2 (1)	»	»
	Récidive à distance	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	4	3	1	3	»	1	1	2	»	»	1	1

(1) Malades non compris dans notre total des suites immédiates.

injections iodoformées ; si elles échouent l'incision est indiquée: suivant alors que le point d'ostéite est ou non volumineux le chirurgien aura recours au grattage ou à la résection joints au traitement général; il restera souvent une fistule persistante dont le *traitement général* et l'émigration maritime ou rurale feront surtout justice. On ne doit pas oublier que la tuberculose costale et pleurale sont étroitement liées et que les manifestations pulmonaires sont fréquentes chez ces malades.

3° *Ostéites des membres et du tronc.* La récidive locale et la récidive à distance qui figurent dans notre première colonne indiquent le principe de l'intervention ; l'*incision* (un résultat nul et une récidive locale) ne saurait constituer un mode de traitement puisqu'elle ne s'adresse qu'à l'abcès symptomatique et non à l'os malade ; le *grattage* lui-même qui donne en général des résultats immédiats assez satisfaisants n'atteint pas toujours le but proposé, puisque nous notons deux récidives locales après grattage, dont l'une précoce un mois après l'opération, un résultat nul, c'est-à-dire une récidive encore et deux améliorations sur cinq malades qui ont été revus.

C'est cependant au grattage que le chirurgien est obligé de recourir lors qu'il s'agit d'os volumineux, le fémur ou l'ischion par exemple. Nous venons de relever récemment (observation 106) un cas de grattage d'ostéite de l'ischion qui à la suite d'interventions multiples et variées, électrolyse, incision, extraction de séquestre a présenté une amélioration persistante. Pour les petits os au contraire (métacarpiens, etc.), c'est à la résection si elle est possible, à l'*amputation* pour les petits os des extrémités (phalanges) qu'il faut avoir recours si l'on veut une guérison durable. Cependant l'observation CCLXVII de la thèse de Reboul mentionne un cas de guérison durable (six mois) à la suite d'injection de naphtol camphré dans un spina-ventosa du pouce.

Nous joignons encore aux nôtres les résultats de Bœckel (*loc. cit.*).

Résections du tronc. — Les résections du tronc comprennent :

« A. *Scapulum.* — 3 cas, 3 guérisons durables.

a :) Extirpation totale du scapulum chez une femme de quarante ans, qui a subi, il y a dix ans, la résection scapulo-humérale pour carie. L'opération date du 14 avril 1885; l'opérée se porte bien à l'heure actuelle, après six ans et demi. Mouvements du bras atteignant l'horizontale.

b :) Une résection sous-périostée de l'omoplate, faite il y a quinze ans et demi. Cette résection a porté sur le scapulum, moins la partie articulaire et l'angle inférieur.

Il y a eu chez ce sujet régénération osseuse complète en six mois. Les usages du membre supérieur sont complètement rétablis. L'opéré travaille comme comptable dans les usines de Belfort-Grafenstaden.

c :) Une résection de l'acromion et du tiers externe de l'épine de l'omoplate chez une femme de soixante-trois ans; usages du membre rétablis en six mois. Pas de reproduction osseuse.

B. *Résection partielle du sternum.* — 2 cas, 2 guérisons définitives chez des sujets de douze et dix-huit ans; chez l'un, la résection a porté sur le corps du sternum; chez l'autre, sur la poignée et la partie antérieure de la clavicule. Il y a eu persistance de fistules pendant un an. Ces deux sujets vivent depuis six ans; l'un d'eux a le cou couturé de cicatrices ganglionnaires.

C. *Côtes* (non compris l'opération d'Estlander). — 15 cas, 15 guérisons immédiates.

Des 15 guéris, 5 sont morts, l'un six mois après de phtisie, les autres deux et trois ans plus tard, également de phtisie, après récidive locale de la tuberculose.

Trois de ces sujets, morts au bout de quelques années, avaient quarante-deux, cinquante et soixante-seize ans; les deux autres, dix-sept ans. Des 10 sujets guéris, 7 concernent des enfants de dix-huit mois et six ans; 3 des adultes de quarante-six, cinquante-quatre et cinquante-neuf ans. Sauf ce dernier, qui conserve encore une fistule après six ans, les autres ont tous guéri sans fistule.

D. *Ostéite de la symphyse pubienne et de la cinquième vertèbre dorsale avec la côte correspondante.* — Femme de cinquante-cinq ans, opérée il y a neuf ans. Morte dans le marasme, cinq mois après la résection.

E. *Résection partielle du sacrum.* — 3 cas, concernant des sujets de vingt-quatre, vingt-six et trente-six ans. Une de ces opérées meurt d'érysipèle au bout de huit mois, ayant encore une fistule; l'autre de phtisie, deux ans après; le dernier, enfin, paralysé des jambes, peut marcher à l'aide de deux cannes au bout de six mois. Depuis lors, je n'en ai plus de nouvelles.

H. Tuberculose cutanée et du tissu cellulaire — gommes tuberculeuses. abcès froids

Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, nous contentant de renvoyer aux travaux de Verchère et de Verneuil et aux nombreux mémoires cités page 593 sur la valeur antituberculeuse de l'*iodoforme*. La destruction de quelques ulcérations tuberculeuses au *thermocautère* nous a donné de bons résultats, principalement dans le traitement des tuberculoses des muqueuses; le pansement iodoformé convient aux ulcérations superficielles; l'*incision* simple des abcès froids a abouti dans un cas qui pouvait être pris pour type à la récidive locale avec fistulisation et n'aurait d'autre but ainsi que nous l'indiquons ailleurs que de permettre une application large des pansements iodoformés; n'était la cicatrice qui en résulte nous adopterions très volontiers l'incision très large de l'abcès froid et le tamponnement à la gaze iodoformée; l'*extirpation* est le plus souvent impossible, le grattage incomplet, pénible ou dangereux. Quoiqu'elle nous ait donné un succès (nous ne disons pas qu'ils sont exceptionnels) elle n'a pas empêché dans un second cas la récidive d'une gomme au bout d'un mois et demi bien que l'opération fût large et sanglante.

Nous avons au contraire dans les *injections iodoformées* un moyen de traitement à la fois efficace et d'exécution facile

Abcès froids. Tuberculose cutanée et superficielle (15 cas).

		EXPECTATION 21	TOPIQUES 21	INCISION 5	GRATTAGE 21	INJECTION IODOF. 3	EXTIRPATION 1
Suites immédiates	Guérison	»	»	3	1	»	1
	Amélioration	»	1	2	»	2	»
	Résultat nul	1	1	»	1	1	»
	Aggravation	1	»	»	»	»	»
	Généralisation	»	»	»	»	»	»
Suites éloignées	Guérison	»	»	»	1	1	»
	Amélioration	»	»	»	»	»	»
	Résultat nul	»	»	»	»	»	»
	Aggravation	»	1	»	»	»	»
	Récidive locale	»	»	1	1	»	»
	Récidive à distance	»	1	»	»	»	»
	Mort de tuberculose	»	»	»	»	»	»
	Perdus de vue	2	»	4	»	2	1

qui offre encore l'avantage de supprimer la cicatrice parfois si difforme. On peut lui reprocher d'agir lentement, mais il ne nécessite pas le séjour à l'hôpital sauf dans les cas graves : le seul malade revu était guéri ; par une curieuse coïncidence ce malade a été traité dans le service de M. le professeur Le Fort par l'*éther pur* : nous verrons ailleurs quelle est la valeur antituberculeuse de l'iodoforme (V. 6e partie). En ce qui concerne les injections iodoformées on peut en apprécier la valeur en disant : résultats immédiats médiocres, résultats éloignés parfaits.

Conclusions. En résumé pour ne pas être la règle, les complications immédiates et éloignées n'en sont pas moins excessivement fréquentes et nous avons pu en observer de multiples exemples étant donné le petit nombre de malades que nous avons pu revoir longtemps après l'opération.

Elles chargent lourdement le pronostic et nous sommes

après les avoir étudiées sommairement, en mesure de dresser un tableau des complications possibles auxquelles est exposé le malade.

1° Au moment de l'opération et immédiatement après elle :

Complications communes à toutes les plaies.
Maintien dans le statu quo *ou aggravation de l'état local.*
Maintien dans le statu quo *de l'état général ou aggravation.*
Poussée aiguë du côté des poumons, hémoptysie, etc.
Méningite tuberculeuse. Généralisation.

2° A une échéance plus ou moins éloignée :

Récidive locale.
Récidive dans le voisinage ou récidive ascendante.
Récidive à distance quelquefois multiple.
Aggravation des lésions pulmonaires si elles existaient.
Apparition de lésions pulmonaires à début récent ou passées inaperçues.
Lésions viscérales.
Généralisation tardive.

Avec une pareille perspective et en présence des avantages relativement faibles qu'on pourrait leur opposer, tels qu'amélioration de l'état local ou général (la guérison totale ne pouvant guère être promise que pour la lésion locale) il est assurément peu de malades qui se laisseraient opérer s'ils avaient conscience de ces complications possibles (quoique rares pour quelques-unes d'entre elles) et peu de chirurgiens qui opéreraient. Ont-ils donc tort et se laissent-ils aveugler par un semblant de succès les chirurgiens qui conseillent d'intervenir pour les manifestations locales de la tuberculose et faut-il rester dans l'expectative. En vérité il serait navrant, au moment où la chirurgie prenant de tous côtés ses droits fait

une nouvelle conquête chaque jour, de rester désarmé et de se croiser les bras tandis que le mal fait des progrès. Il y a lieu de chercher seulement si par quelque méthode, nous dirions volontiers par quelque artifice, on ne peut placer le tuberculeux dans les conditions ordinaires de la plupart de nos opérés et si, frappés des bons résultats de telles interventions dans la classe aisée des malades de la ville, nous réfléchissons aux conditions qui les séparent des malades hospitalisés, nous serons presque fatalement conduit à penser que c'est dans le traitement général qu'il faut chercher la solution du problème. C'est ce que nous allons faire dans la sixième partie de notre travail.

SIXIÈME PARTIE

Traitement pré et post-opératoire

CHAPITRE PREMIER

De la nécessité de diminuer les causes d'insuccès et de prévenir la récidive

D'après les considérations que nous avons émises et les observations nombreuses que nous avons rapportées, il semble que l'on peut affirmer dès maintenant qu'outre la possibilité des complications communes à toutes les plaies opératoires le tuberculeux que l'on expose à une opération est encore sous le coup de quelques complications qui sont inhérentes même, soit à son état général soit à la nature de l'affection pour laquelle il est opéré (tuberculoses locales), si l'état de ses poumons n'est pas suffisant pour constituer un danger et peut même passer inaperçue.

De ces complications immédiates, outre la fistulisation la plus terrible qui amène de véritables désastres chirurgicaux, est l'explosion de la granulie pulmonaire ou méningée : nous avons vu que sans être d'une fréquence absolue, ces accidents ne constituent pas une rareté clinique.

En supposant même qu'il supporte bien la première épreuve il reste encore sous le coup des suites éloignées, c'est-à-dire de la récidive tenace et parfois fatale, qui s'attache à lui sans le quitter, prête à élire un nouveau domicile dès qu'un foyer bacillaire a été détruit. Ces observations abondent et, au cours de notre travail, nous en avons relaté plusieurs très caractéristiques. A chaque instant nous voyons revenir dans nos notes la tuberculose épididymaire qui succède à une opération antérieure radicale, comme une amputation, attestant que la tuberculose ne perd jamais ses droits, repullule parfois avec une persistance aussi désolante

que le cancer, à tel point que M. Verneuil s'est fondé parfois sur la disparition absolue et durable des accidents pour conclure au caractère non tuberculeux de quelques affections. A cette repullulation sur place et à distance du tubercule, l'organisme ne saurait que perdre du terrain, et lorsque l'intervention n'a pas tôt ou tard provoqué le cataclysme final, la tuberculose pulmonaire mine insensiblement le sujet et la cachexie tuberculeuse est alors le terme ultime des accidents.

Est-ce une raison pour repousser l'intervention ? Faut-il alors abandonner le bistouri et se croiser les bras, se laisser distancer par les lésions sans rien faire pour arrêter les progrès envahissants du mal? Si nous en étions réduits à pareille extrémité ce serait à coup sûr la honte de la chirurgie que de laisser passer au domaine médical la totalité des affections tuberculeuses, tuberculoses locales et viscérales. Cette idée répugne trop au caractère sans cesse plus audacieux de la chirurgie, grossie des conquêtes de l'antisepsie, pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter : aussi bien n'est-il venu à l'esprit de personne de reléguer les tuberculoses locales au nombre des *noli me tangere* et voyons-nous les chirurgiens les plus circonspects et les plus prudents les attaquer résolument et obtenir de forts beaux résultats.

Est-ce à dire qu'il faut aller à l'aventure et faire table rase de tout ce qui a été dit sur ce sujet ? non certes, et il y a lieu d'examiner la chose avec réflexion.

Or, ce qui est constant, ce que démontrent toutes les statistiques, ce qui est la *vox populi* des chirurgiens, même des plus autorisés, c'est que si les résultats immédiats des opérations pour tuberculoses locales sont presque toujours excellents, les résultats éloignés sont souvent fort médiocres ; supprimer les chances d'échec immédiat, prévenir et assurer l'avenir, c'est ne conserver de l'opération que ce qu'il y a de bon, de l'avis unanime, et se mettre dans les meilleures conditions de réussite que le chirurgien peut souhaiter.

Et d'ailleurs, ainsi que le dit M. le professeur Verneuil, « la médication interne hygiénique et pharmaceutique ne pouvant, malgré son incontestable utilité, remplacer complètement les actes chirurgicaux mécaniques ou opératoires dans la cure des affections tuberculeuses externes, et ces actes même les plus bénins en apparence pouvant amener des catastrophes, il ne reste d'autre ressource que de chercher les moyens de prévoir, prévenir et conjurer ces dernières. »

Le chirurgien ne peut, à son gré, modifier les opérations : de celles qui forment le manuel courant de la chirurgie, il est obligé d'appliquer celle qui sera la plus efficace contre la lésion, celle-ci étant considérée en dehors de l'état général du sujet ; il ne viendrait à l'idée d'aucun de refuser une kélotomie ou une trachéotomie (1) par exemple, et sans exagérer et parler de ces opérations d'urgence par excellence, les opérations les plus sanglantes et les plus graves sont également applicables aux tuberculeux.

S'il est vrai que l'on puisse être hardi, sous certaines réserves que nous formulerons plus loin, il ne faudrait pas pourtant se laisser égarer par un excès de confiance, et de deux opérations également applicables la plus légère, le minimum d'intervention pourvu qu'il ait pour résultat d'être complet, devra naturellement être préféré. C'est ce qui a conduit M. Verneuil et son école à pratiquer sur une large échelle, à préconiser les injections iodoformées pour la cure des abcès froids ou des adénopathies suppurées par exemple, les injections interstitielles pour les gangliophymies caséeuses non suppurées, et il est à peine besoin de rappeler le nombre d'observations qui plaident aujourd'hui en faveur de ce mode de traitement. Il est innocent sans aucun doute et on ne

(1) Au récent congrès d'otologie et de laryngologie, tenu à Paris en septembre 1889, Koch, de Luxembourg, dans un travail intitulé : *De la pratique de la trachéotomie chez les phtisiques*, déclare (13e conclusion) qu'elle peut procurer une survie de plusieurs années.

pourrait citer de cas de généralisation après une aussi minime intervention. Mais si nous nous rappelons un cas qui figure dans nos observations où un lavage articulaire d'éther iodoformé fut suivi des phénomènes les plus graves ayant abouti à la mort, nous en pourrions conclure que là n'est pas la solution du problème, et que le chirurgien se fût fort trompé s'il avait pensé éviter à son malade, par ce minimum d'intervention, les risques d'aggravation qu'eût pu lui faire courir une opération sanglante.

Peut-on mettre le malade à l'abri des récidives et des complications ultérieures en appliquant aux interventions une règle générale ? Oui, sans doute, et nous l'avons déjà prouvé à plusieurs reprises : pour qu'une opération de tuberculose locale soit justifiée, il faut qu'elle soit permise par l'état général du malade, et par l'état local de la lésion ; il faut qu'elle soit complète ou qu'elle ne soit pas pratiquée. C'est pourquoi le curage des ganglions expose si souvent à la récidive, à tel point que celle-ci est souvent immédiate, la repullulation ayant lieu avant la cicatrisation ; c'est pourquoi encore si nous comparons les résultats fournis par les résections et les amputations, c'est à ces dernières qu'il faut donner l'avantage dans les suites lointaines, le sacrifice ayant été large et complet, d'où le principe d'opérer le plus tôt possible, principe excellent assurément, mais d'où est né, à l'étranger surtout, une véritable orgie d'opérations.

Est-ce à dire pour cela qu'il faut taillader et mutiler sans relâche, sous prétexte de sacrifier largement? Non, assurément, et chaque fois qu'on le pourra on tentera la conservation. Destruction d'un foyer bacillaire, fût-il articulaire, ne veut pas dire destruction du membre et si, dans les tuberculoses ganglionnaires, les injections iodoformées ont souvent joué le rôle d'opération complète, dans les affections articulaires l'ignipuncture du professeur Richet, les pointes de feu profondément appliquées à l'exemple des vétérinaires,

ainsi que nous en publions un bel exemple de la pratique de notre maître et ami Ricard ont donné les plus beaux résultats. L'opération complète ne se mesure donc pas à l'étendue des sacrifices, mais à la perfection du procédé qui permet d'atteindre toute la colonie; en suivant un tel précepte, on se mettra dans les meilleures conditions pour éviter la récidive locale ; le malade n'en reste pas moins exposé à deux dangers sérieux :

1° La marche aiguë de l'affection générale ;

2° La repullulation à distance, contre laquelle le chirurgien est désarmé en tant que thérapeutique chirurgicale.

On voit que notre opinion diffère notablement de celle qu'exprimait M. Houzel, de Boulogne-sur-Mer, lorsqu'il disait : « Les résultats éloignés sont non moins précieux ; tout en sauvegardant le présent, le bistouri préserve l'avenir..... Tant qu'un individu est seulement en puissance de tuberculose sans manifestations locales, la thérapeutique, l'hygiène peuvent le sauver. C'est un feu sous la cendre et nous savons l'éteindre ; mais dès qu'un foyer s'est engendré, dès qu'il y a là des produits actifs, vivants, dont l'évolution naturelle est de gagner de proche en proche jusqu'à ce qu'ils soient maîtres de la place, la maison est en flammes, il faut coûte que coûte arrêter l'incendie, dût-on pour l'éteindre détruire une partie du logis. »

A propos de la valeur de chaque opération, suivant qu'elle est minime ou large, M. Fontan de Toulon, a donné une curieuse statistique et les conclusions de la note qu'il a remise doivent être citées, car elles contiennent aussi la constatation des poussées du côté du poumon. « J'ai traité par les méthodes les plus diverses 80 cas de tuberculose locale; tantôt j'ai eu recours aux méthodes conservatrices, tantôt aux méthodes radicales. *Je dois dire immédiatement, à propos de ces dernières, que contrairement à l'opinion émise par beaucoup*

d'auteurs ce matin, j'ai observé quelquefois une véritable poussée du côté du poumon : deux fois à la suite de castration, une fois après une amputation de cuisse, et une fois à la suite d'une résection étendue du poignet. »

« Je diviserais volontiers les opérations pour tuberculoses locales en 3 catégories :

« 1° Les opérations tout à fait bénignes, telles que les injections d'éther iodoformé, qui ne donnent que d'assez médiocres résultats lorsque l'abcès froid est lié à une lésion osseuse;

« 2° Les opérations limitées, curages, évidements, résections partielles, qui m'ont toujours donné les résultats les plus satisfaisants;

« 3° Enfin les opérations radicales, qui ont été suivies parfois de poussées congestives du côté du poumon, poussées toujours sérieuses sans avoir cependant jamais été graves. En résumé, je pense que les opérations bien faites guérissent chez les tuberculeux aussi bien que chez les autres sujets; que dans le traitement des tuberculoses locales les opérations qui donnent les meilleurs résultats le plus ordinairement sont celles qui s'accompagnent de la perte de substance minima. » (*Semaine médicale.*)

Il n'en ressort pas moins de la lecture des principales observations qui ont été publiées et que l'on publie encore chaque jour, que la récidive est fréquente, fatale, disent quelques auteurs autorisés, et nous avons montré que les accidents d'ordre pulmonaire ne sont pas une rareté.

Cependant, il faut bien le dire, quoique nous proscrivions d'une manière absolue l'intervention qui n'a pas pour effet de détruire la totalité du mal, idée que nous portons à l'extrême au point de préférer l'amputation à la résection, sauf pour quelques régions privilégiées, celles du coude par exemple, il faut bien, disons-nous, avouer que dans quelques cas des interventions incomplètes sont suivies des meilleurs effets : c'est le cas pour quelques résections par exemple, et cette dé-

mônstration est faite par l'analyse d'un cas que nous avons pu tout récemment observer, et où l'étendue considérable des lésions n'aurait permis au chirurgien d'intervenir d'une façon complète que par le sacrifice radical du membre.

Observation 187 (inédite). — *Scapulalgie suppurée. — Tuberculose pulmonaire. — Intervention incomplète. — Aggravation de l'état général. — Traitement préopératoire. — Amélioration. — Résection de la tête de l'humérus. — Amélioration de l'état local; amélioration considérable de l'état général.*

G... D., journalier, né à Sancerre, âgé de 23 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 5, service de M. le professeur Verneuil, le 7 octobre 1889.

Pas d'antécédents héréditaires : son père est bien portant, sa mère est morte de la variole en 1870; deux sœurs bien portantes; leurs enfants sont également sans tare héréditaire.

Le malade n'a point présenté pendant sa jeunesse d'antécédents scrofuleux; pas de gourmes, pas de ganglions, bonne santé habituelle ; il quitte le Cher il y a trois ans et vient à Paris.

Il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement brusque, il tombe malade (pleurésie?) sans pouvoir indiquer exactement la nature de la maladie.

En 1889 il fait une chute sur l'épaule droite ; traumatisme peu important, mais la douleur persiste cependant assez vive : il continue néanmoins son travail. Mais six mois après, début du gonflement qui atteint son maximum en quinze jours, avec œdème du bras et impotence fonctionnelle. Il reste trois mois sans traitement, puis ne constatant aucune amélioration il vient consulter à l'hôpital et y entre le 7 octobre 1889. A ce moment on constate du côté du moignon de l'épaule un gonflement considérable, affectant la forme classique du gigot : gonflement sub-inflammatoire, avec température locale élevée ; les mouvements sont difficiles, très douloureux et s'accompagnent de sensation de frottement rude ; l'impotence est presque absolue ; il y a commencement d'atrophie du côté des muscles du bras. L'état général est sensiblement altéré, le malade amaigri : nous n'avons point à ce moment pratiqué l'auscultation.

M. Kirmisson, qui suppléait alors M. Richet, applique un appareil plâtré qui reste en place quelque temps, mais la suppuration qui se déclare sous l'appareil exige son retrait, et on constate la formation de plusieurs abcès qui sont incisés, l'un à la pointe du deltoïde, l'autre en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate. L'incision de ces abcès est faite en octobre.

L'état reste stationnaire avec écoulement fistuleux, et M. Verneuil prend le service. Pendant ce temps, l'état général n'est pas bon : le malade s'anémie beaucoup, l'appétit est nul, il tousse mais n'a pas craché de sang ; à ce moment il présente à l'auscultation des signes non douteux de tuberculose à la deuxième période, il a maigri et est tourmenté par les sueurs nocturnes.

M. Verneuil qui voit ce malade, songe dès l'abord à l'intervention, mais ayant remarqué son mauvais état général il pense qu'il y a lieu d'instituer un traitement préopératoire par l'iodoforme *intus et extra*. Ce traitement est suivi en décembre et il y a amélioration notable, si bien que le jour étant pris pour l'opération, M. Verneuil croit qu'il y a lieu d'attendre avant d'intervenir chirurgicalement.

Mais l'amélioration ne persiste pas; M. Verneuil quitte le service, et notre maître Ricard trouve le malade dans un état grave au point de vue local et général. Les fistules se sont multipliées, le malade a quelques oscillations de température et les pansements à l'iodoforme ne produisent plus aucune amélioration : toute la face profonde du deltoïde est décollée par les fongosités, celles-ci s'insinuent en arrière sur la face postérieure de l'omoplate, avec fusées à la face antérieure et le long de la paroi thoracique. Tout le moignon huméro-scapulo-thoracique baigne dans les masses tuberculeuses. Il y a des lésions pulmonaires peu avancées cependant.

Le 31 décembre 1889, anesthésie chloroformique et résection de la tête humérale par M. Ricard ; cette extrémité est complètement friable et infiltrée et la curette creuse l'extrémité supérieure de la diaphyse. La large incision aboutissant au trajet fistuleux deltoïdien permet d'exposer toute la partie antérieure du foyer et d'en retirer d'abondantes fongosités ; la curette est encore portée à la partie postérieure à travers chaque trajet

fistuleux et retire des fongosités molles et saignantes ; écoulement de sang assez notable ; enfin, malgré une intervention large qui dure près d'une heure, on suture l'incision antérieure en laissant encore derrière soi des fongosités. Poudre d'iodoforme portée profondément au niveau du foyer opératoire, suture de l'incision cutanée au crin de Florence. Pansement antiseptique : le foyer opératoire a été largement lavé à l'eau phéniquée à 1/20.

Le premier pansement est fait le quatrième jour ; écoulement abondant non purulent ; puis tous les trois jours ; petit à petit la suture s'écarte et se réunit par deuxième intention.

Nous passons sur les détails ; le 8 et le 9 janvier, on lave les trajets fistuleux restants à l'éther iodoformé. L'état général reste stationnaire. La suppuration qui s'établit cesse bientôt, mais un mois après il reste encore plusieurs fistules.

Aujourd'hui (mars 1890), l'état local est seulement amélioré à cause de la présence des trajets fistuleux et de l'impotence persistante ; mais il y a amélioration notable de l'état général ; l'appétit est revenu et avec lui l'embonpoint, les sueurs nocturnes ont cessé. Les lésions des sommets sont stationnaires.

En résumé, l'état général du malade a bénéficié dans de notables proportions de l'intervention, l'état local est amélioré, mais il reste encore de nombreuses fistules et la récidive est imminente.

Notons enfin, que pendant quelques jours seulement, il s'est manifesté du côté du foyer opératoire des phénomènes de rétention qui ont élevé la température jusqu'à 38°,6 et un jour jusqu'à 39. Un seul lavage fait tomber la température à la normale.

En mars 1890, le malade est tout à fait méconnaissable.

A quoi faut-il attribuer ces effets favorables de l'intervention ? Est-ce à l'acte opératoire lui-même ou à quelque cause inconnue qui ferait disparaître les dernières fongosités, alors qu'elles n'ont point été touchées par l'instrument tranchant, comme disparaissent spontanément certaines verrues de croissance ou quelques papillomes génitaux, dès que l'on abrase l'un d'eux ?

Nous pensons qu'il est plus simple d'en chercher l'expli-

cation dans la pénétration facile des antiseptiques au niveau du foyer bacillaire, à la faveur de l'incision opératoire, et la pénétration de ces antiseptiques au milieu même de la paroi infiltrée de tubercules grâce au grattage et au curage qui accompagnent la plupart de ces interventions. Comme le dit M. Verneuil dans une de ses cliniques, l'incision, même d'un abcès froid, ne doit avoir pour but que de faciliter l'accès de la paroi pour la soumettre à l'action des antiseptiques ou de faciliter l'introduction même des ces antiseptiques. Dans ce cas l'incision ou le grattage n'est une opération incomplète que s'il n'est pas suivi de l'application des antiseptiques, mais dans ces conditions il est un temps préliminaire de l'intervention.

CHAPITRE II

Étude expérimentale de l'action anti-tuberculeuse de l'iodoforme et de quelques autres antiseptiques.

Le chirurgien peut-il améliorer la statistique, c'est-à-dire mettre l'organisme du tuberculeux en mesure de supporter vaillamment le choc et de faire face à la dépense que lui occasionne les frais de la réparation. C'est presque poser la grave question de la curabilité de la tuberculose pulmonaire ou générale. Il est bien évident que si par un artifice quelconque nous rendions l'organisme réfractaire à la colonisation des bacilles tuberculeux, la partie serait gagnée, la tuberculose locale ne devenant alors qu'un foyer isolé qu'on supprime sans récidive possible, puisque la suppression est complète. Dans un travail intitulé « Atténuation du virus de la tuberculose » et paru dans le premier fascicule des *Annales de la tuberculose*, M. Gosselin de Caen a fait quelques essais dans cette voie. Sans parler des tentatives d'atténuation du virus tuberculeux, qui ne peut rentrer dans notre sujet puisque chez nos malades l'imprégnation est faite, cet auteur a fait quelques essais de stérilisation de l'organisme :

Nous nous sommes proposé, dit-il :

1° De modifier les tissus d'un animal de sorte qu'une inoculationde matière tuberculeuse reste inactive ;

2° L'inoculation étant faite dans les conditions ordinaires, d'empêcher l'évolution des bacilles.

Cet auteur s'est d'abord adressé pour cela aux sels de mercure et à l'iodoforme, et d'expériences fort bien conduites il a pu conclure que l'imprégnation organique par le bichlo-

rure et le biiodure n'a pas empêché les bacilles d'évoluer parfois même plus rapidement peut-être à cause de l'état d'affaiblissement déterminé par l'usage du mercure.

Cette conclusion s'applique à la stérilisation de l'organisme avant l'inoculation ; l'usage du sublimé après l'inoculation ne trouble d'ailleurs en rien le développement du bacille tuberculeux.

Mais où ces recherches commencent à présenter un intérêt véritablement tout spécial, c'est lorsque cet auteur aborde l'étude de l'action antituberculeuse de l'iodoforme. Aussi nous transcrivons *in extenso* deux pages du travail de M. Gosselin qui méritent d'autant plus d'attirer l'attention, que l'auteur engage les expérimentateurs à les contrôler, persuadé qu'ils obtiendront le même résultat.

« Il nous reste à parler de la valeur antiseptique d'un agent au sujet duquel on a fait grand bruit depuis quelque temps,— l'iodoforme. Nous l'avons employé comme stérilisant de l'organisme, exactement dans les mêmes conditions que les sels de mercure.

Voyons d'abord son action modificatrice sur l'organisme avant son ensemencement.

Nous avons fait plusieurs séries d'expériences ; le résultat ayant toujours été le même, c'est une moyenne que nous prendrons pour la description.

Nous prenons six lapins que nous divisons en deux séries, trois témoins, trois sujets. A ceux-ci nous injectons pendant deux mois une dose quotidienne de trois gouttes d'éther iodoformé (éther 100, iodoforme 10). Au début, l'iodoforme est mal supporté, l'appétit disparaît, l'animal s'attriste, se blottit dans un coin de sa cage et ne se remue que difficilement ; la diarrhée est fréquente ; mais tous ces accidents disparaissent rapidement avec la cessation des injections ; on ne les reprend que si la santé de l'animal le permet. Au bout de quelques

jours les divers liquides organiques contiennent des traces d'iode, les tissus eux-mêmes en renferment.

Les injections doivent être faites avec beaucoup de précautions, elles sont, en effet, souvent suivies d'une vive inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Enfin, après deux mois, les six lapins sont inoculés. Les témoins, qui n'avaient pas absorbé d'iodoforme, meurent de tuberculose du 30e au 48e jour ; les autres sont restés jusqu'au 50e jour sans manifester des symptômes bien caractérisés et ils n'ont succombé que du 70e au 95e jour. Cette expérience a été faite trois fois avec le même résultat. Dans deux cas, nous avons sacrifié plusieurs animaux de 25 à 30 jours après l'inoculation tuberculeuse ; nous n'avons rien constaté au point d'inoculation, si ce n'est, dans un cas, une légère inflammation péritonéale, et dans deux, une adhérence du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral dans dans une étendue de trois centimètres sur quatre. L'examen par la méthode d'Ehrlich des fausses membranes qui réunissaient ces deux feuillets a démontré la présence de bacilles assez nombreux ; un fragment de ces fausses membranes inoculé à un cobaye a amené la mort le 27e jour.

Les cobayes soumis au même traitement vivent plus longtemps que les lapins. Dans un cas, le sujet n'a succombé que 102 jours après l'inoculation.

En ce moment nous avons un chien en expérience ; il est probable qu'en raison de la difficulté assez grande avec laquelle les bacilles se développent chez cet animal, la date de la mort sera fort reculée.

Voyons maintenant l'influence de l'iodoforme après l'inoculation.

Aussitôt après l'inoculation de matières tuberculeuses, nous injectons chaque jour à des lapins et à des cobayes deux à trois gouttes d'éther iodoformé, nous arrêtant lorsque les accidents d'intoxication se montrent pour recommencer

aussitôt après leur disparition. Au bout d'une vingtaine de jours nous n'injectons plus qu'une goutte ; en un mot nous graduons l'absorption de l'iodoforme de façon à en imprégner l'organisme au maximum compatible avec la vie.

La dose d'iodoforme tolérée est variable non seulement avec les espèces, mais encore avec les sujets d'une même famille.

Si on ne surveille pas très attentivement l'animal en expérience, il meurt rapidement empoisonné par l'action combinée de l'éther et de l'iodoforme.

Que deviennent les animaux ainsi traités ? Nous avons sacrifié trois lapins et deux cobayes après 95 jours de traitement, alors qu'ils ne présentaient aucun accident imputable à la tuberculose. A l'autopsie aucune trace de tubercules. Deux lapins sont en ce moment dans notre laboratoire avec une survie à l'inoculation de 160 jours ; un cobaye en est au 163e.

L'état général des deux lapins est bon, quoique l'appétit ait un peu diminué et qu'il existe un léger amaigrissement. Ces accidents sont imputables à l'iodoforme, car si on cesse son emploi, tout rentre dans l'ordre. A la suite d'accidents, j'ai dû diminuer la dose d'iodoforme et me contenter depuis 15 jours d'injecter tous les 5 jours 2 gouttes d'éther iodoformé.

Un 3e lapin est mort le 137e jour, empoisonné par l'iodoforme. A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, je n'ai pas rencontré trace de tuberculose. Au niveau du point où j'avais pratiqué l'inoculation de matières tuberculeuses, j'ai vu un exsudat inflammatoire qui ne m'a pas paru renfermer de bacilles. En tout cas, je l'ai inoculé à deux cobayes. Je donnerai plus tard les résultats de cette inoculation.

Le cobaye, qui est maintenant au 161e jour de l'inoculation, est en très bon état, sauf un léger amaigrissement (1).

(1) Si je l'osais, je dirais qu'il me paraît alcoolique. Serait-ce dû à

Il nous semble que ces résultats méritent la plus grande attention ; ils démontrent d'une façon indiscutable que, sous l'influence de l'iodoforme, les bacilles n'évoluent pas.

Dans le même volume des *Études sur la Tuberculose* nous trouvons un travail de MM. F. Raymond et Arthaud, intitulé « Prophylaxie de la tuberculose », dans lequel les auteurs se sont efforcés de résoudre deux problèmes : 1° Quelles sont les formes diverses que peut présenter le bacille tuberculeux, et les syndromes cliniques qu'il peut produire ; 2° Serait-il possible de trouver, en dehors des méthodes de vaccination, un procédé thérapeutique permettant de lutter efficacement contre l'invasion de la tuberculose? C'est cette seconde question qui nous retiendra un instant, car ils cherchent aussi à imprégner l'organisme d'une substance capable de détruire les bacilles ou d'arrêter leur évolution.

Nous n'avons pas été peu étonné de voir ces auteurs conclure à l'inefficacité de l'iodoforme, car ils créaient l'imprégnation iodoformique et inoculaient ensuite les animaux soumis à l'expérimentation. Or, ces expériences ne sont point en contradiction avec celles de Gosselin, puisque nous avons vu les animaux de cet auteur succomber *mais tardivement*, l'inoculation étant postérieure à l'administration de l'iodoforme. Nous savons quels sont les résultats lorsque l'administration de l'iodoforme est postérieure à l'inoculation. Au reste, les résultats de ces auteurs concordent : l'iodoforme ne crée pas l'immunité tuberculeuse, mais il retarde ou empêche l'évolution de la tuberculose, celle-ci étant acquise.

Nous n'insisterons pas longuement sur la liste interminable des agents que l'on a tour à tour employés, le sulfure de carbone (Dujardin-Beaumetz, Sapelier), l'hellénine, l'iodure de potassium, l'arsenic (Cavagnis, Pilatte, de Korab,

l'éther? ce qui est certain, c'est que le foie du lapin qui a succombé présentait un commencement de dégénérescence amyloïde.

contredits par Coze et Simon), injections rectales gazeuses (Bergeon, Chantemesse, Cornil), le tannin (Raymond, Arthaud).

A propos de ce dernier agent : « Faut-il lui demander, disent les auteurs, la guérison de la tuberculose. C'est encore là une question à étudier et qui se résoudra probablement par la négative, dans bien des cas au moins dans la médecine humaine. »

On sait d'ailleurs que la tuberculose est spontanément curable. M. le Dr Vibert rapporte que sur 131 autopsies faites par lui à la Morgue, il trouve notée 25 fois la présence de tubercules pulmonaires, et cela dans des cas où la mort ne leur était nullement imputable. Chez le plus grand nombre de ces 25 sujets les tubercules étaient guéris ; 17 fois ils étaient fibreux et crétacés.

Et si ces faits ne suffisaient pas pour affirmer la curabilité de la tuberculose pulmonaire, nous pourrions, à l'exemple de Leroux, citer l'autorité de nombreux auteurs, de Cruveillier (*Anat. path. gén.*, t. IV, p. 616), de Rogée, qui, dans son travail (*Archives gén. de médecine*, 1839, t. V), a observé 50 sujets présentant des tubercules guéris sur 100 vieillards dont il fit l'autopsie ; de Boudet (*Thèse de Paris*, 1843) ; de Gaucher, qui, dans les *Archives de physiologie* de 1878, poursuit la transformation fibreuse du tubercule ; les assertions éparses dans leurs ouvrages, leur enseignement, leurs cliniques, de Grisolle, Guéneau de Mussy, Lebert, Jaccoud, Hérard, Cornil, Peter, enfin le travail de Thaon (*Clinique climatologique des maladies chroniques*, 1877). On voit que le fait est de preuve ancienne.

Dans la seconde partie de son mémoire sur la curabilité de la tuberculose, M. Jeannel reprend la question posée par M. Gosselin sous le titre de *Recherches sur le traitement de la tuberculose par l'iodoforme* (1).

(1) Vol. I des *Études sur la tuberculose*.

Il traite la lésion locale résultant de l'inoculation, et traite l'organisme lui-même en instituant quatre séries d'expériences :

1° Traitement local seul ;

2° Traitement local et traitement général combinés ;

3° Traitement général seul dès le début de la maladie ;

4° Traitement général seul à une époque éloignée du début de la maladie, c'est-à-dire de l'inoculation.

Les deux dernières conditions nous semblent se rapprocher surtout des conditions d'expérimentation de la clinique.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le détail de ses expériences que l'on trouvera d'ailleurs longuement exposées dans son mémoire.

Or, d'après cet auteur le traitement local employé seul ou combiné au traitement général n'a pas été heureux, tous les lapins dont la survie a été suffisante sont morts franchement tuberculeux.

Le traitement général employé seul, dès le début de l'inoculation s'est montré inefficace, et l'auteur va même jusqu'à dire que le traitement par l'éther iodoformé, tel qu'il l'a institué, ne guérit, ni n'enraye la tuberculose du lapin.

Enfin le traitement général seul institué à une époque éloignée du début de la maladie a entièrement échoué.

L'auteur fait remarquer combien ces résultats concordent peu avec ceux de M. Gosselin, et celui-ci en réponse à quelques observations que lui adresse M. Jeannel sur son mode d'expérimentation « maintient absolument ce qu'il a dit au point de vue des tuberculoses locales, que l'on peut guérir. La généralisation de la tuberculose varie avec l'endroit où l'inoculation a été faite. »

Enfin à l'appui des constatations de M. le Dr Vibert, nous pouvons apporter le dire de nos collègues de l'hospice d'Ivry qui constatent fréquemment la présence de tuberculoses crétacées guéries à l'autopsie des vieillards de cet hôpital, qui ont tous dépassé l'âge de 70 ans.

CHAPITRE III

Considérations cliniques sur la valeur anti-tuberculeuse de l'iodoforme.

En présence des assertions contraires de ces deux auteurs, nous voici singulièrement embarrassé et, n'ayant point exercé le contrôle de ces expériences de laboratoire que nous n'avons pu entreprendre pour diverses raisons et que M. Gosselin reprend à nouveau, nous avons dû demander à la clinique la solution de cette intéressante question.

Dès longtemps d'ailleurs, le professeur Verneuil, avec l'originalité qui fait un des attraits de son enseignement, avait entretenu ses élèves de la nécessité de parer à de tels accidents, et à son instigation sont nés des travaux nombreux, tels que l'étude de Verchère (*Revue de Chirurgie*, 1886), sur le traitement des abcès froids par l'éther iodoformé, qui apportait des documents nouveaux à la note consignée dans le même recueil par M. Verneuil, dès 1885. Après un enthousiasme qu'expliquaient bien les résultats à plus d'un titre remarquables publiés par ces auteurs, une discussion à la Société de Chirurgie exposa les réserves et les objections d'un certain nombre de chirurgiens.

Dans un travail inséré dans le premier volume des *Annales de la tuberculose*, notre ami Verchère, inspiré du traitement publié par M. Verneuil pour les cas d'abcès froids et, il faut le dire, las du traitement chirurgical, opération toujours incomplète si on tente l'ablation, si souvent suivie de récidives difformes ou de cicatrices si l'on combine le curage à l'ablation, publie les résultats qu'il a obtenus par les injections

interstitielles suivant la méthode de Luton de Reims, dans le traitement des adénopathies cervicales et publie 5 cas favorables.

Observation I.— Adénopathie cervicale polyganglionnaire. Injections interstitielles d'éther iodoformé en plusieurs séances successives. Guérison.

Obs. II.— Adénite préauriculaire non suppurée. Ancienne adénite angulo-maxillaire opérée autrefois par l'ablation. Récidive. Guérison par deux injections interstitielles d'éther iodoformé.

Obs. III. — Adénite sous-maxillaire volumineuse monoganglionnaire. Neuf injections d'éther iodoformé sans suppuration. Guérison.

Obs. IV. — Adénopathie suppurée du cou. Ponction de l'abcès et aspiration du pus. Une seule injection d'éther iodoformé. Guérison.

Obs. V. — Scrofulides multiples du cuir chevelu avec abcès, fistules et ulcération. Adénopathies cervicales non suppurées. Injections très nombreuses d'éther iodoformé. Guérison.

Les observations suivantes sont tirées du travail de M. Barette, fascicule II du *Congrès de la tuberculose.*

Observation 1. — Femme, 16 ans. Abcès froid. Poumon non tuberculeux. Une injection d'éther iodoformé (comme simple topique). Guérison.

Obs. 4. — Homme, 67 ans. Mal de Pott, grand abcès par congestion. Poumon non tuberculeux. Six ponctions aspiratrices; six injections d'éther, 250 gr. en tout. Guérison.

Obs. 6. — Homme, 56 ans. Adénite tuberculeuse ramollie de l'aine. Poumon non tuberculeux. Ponction. Injection d'éther iodoformé. Guérison.

Obs. 12. — Homme, 33 ans. Ostéite tuberculeuse de la quatrième côte. Tuberculose au premier degré. Ponction et injection d'éther iodoformé. Guérison.

Obs. 13. — Homme, 26 ans. Adénite tuberculeuse du cou.

Poumon non tuberculeux. Ponction et injection d'éther iodoformé. Guérison.

Obs. 20. — Femme, 26 ans. Mal de Pott lombo-sacré ; double abcès ossifluent. Tuberculose au premier degré. Deux ponctions. Deux injections d'éther iodoformé. Guérison. Accidents syncopaux à la première injection.

Obs. 22. — Homme, 28 ans. Abcès froid sous-pectoral. Tuberculose au premier degré. Ponction et injection d'éther iodoformé. Guérison.

Obs. 23. — Homme, 23 ans. Mal vertébral. Poumons non tuberculeux. Deux ponctions, deux injections d'éther iodoformé. Guérison. Fistulisation spontanée.

Obs. 25. — Homme, 5 ans. Abcès froid (coqueluche et diphtérie). Poumons non tuberculeux. Ponction et injection d'éther iodoformé. Guérison.

Obs. 26. — Homme, 42 ans. Adénite tuberculeuse du cou. Tuberculose au troisième degré. Deux ponctions, deux injections d'éther iodoformé. En voie de guérison.

Obs. 27. — Homme, 19 ans. Abcès froid dans un foyer de résection du coude. Poumons non tuberculeux. Ponction et injection d'éther iodoformé. Mort. Intoxication iodoformée. Reins malades.

Obs. 28. — Homme, 32 ans. Mal de Pott lombaire. Tuberculose au deuxième degré. Deux ponctions, deux injections d'éther iodoformé. Mort. Récidive de fistule intarissable.

Voilà des faits qui joints à ceux qu'avaient rapportés MM. Verneuil et Verchère ont la valeur d'une véritable expérimentation au point de vue clinique et qui nous permettent amplement de conclure dès maintenant à la réelle efficacité du traitement local des foyers tuberculeux par les préparations iodoformées. On sait quel est, en effet, bien qu'en aient dit quelques détracteurs, le pouvoir parasiticide de ce précieux agent, et nous avons nous-même démontré (*Progrès Médical* 1887) qu'il agissait puissamment comme antiseptique contre les colonisations uréthrales du gonococcus de Neisser.

Depuis lors les constatations n'ont pas fait défaut, ainsi que

chaque fois qu'une idée repose sur une base sérieuse et sur un fait bien établi, et il faudrait une longue énumération pour enregistrer les cas nombreux que l'on publia au début, comme une nouveauté, et qui n'étonnent plus aujourd'hui et rentrent dans la pratique courante de la chirurgie. On en trouvera relatés un certain nombre au cours de ce travail.

Dans une note sur le traitement des abcès tuberculeux par les injections d'éther iodoformé publiée dans le deuxième fascicule des *Études sur la tuberculose*, M. Reclus, qui s'était déjà fait le champion de cette pratique dans une étude publiée dans la *Gazette hebdomadaire* (1887), apporte à l'appui 25 faits nouveaux de sa pratique à l'Hôtel-Dieu, parmi lesquels 2 insuccès notoires seulement. Chez 5, il y a eu amélioration ; deux cependant sont morts tardivement de complications pulmonaires qu'on ne put enrayer. Huit ont guér malgré le volume de la collection et alors que leur siège n'eût guère permis une intervention radicale par l'instrument tranchant, neuf n'ont pu être suivis.

L'auteur ajoute même une remarque intéressante : « dans quelques cas l'incision et le grattage auraient pu aussi procurer la guérison, mais au prix d'une intervention bien plus sérieuse et d'une cicatrice bien plus étendue. »

M. Reclus croit, et cela touche de très près au sujet qui nous occupe, la récidive beaucoup plus rare avec l'injection iodoformée et il cite les exemples d'opérateurs tels que Trélat, Guyon, Bouilly, Nélaton, Richelot, Quenu, Peyrot et Brun dont les malades étaient porteurs de récidives : pour M. Reclus, elles existent, mais sont exceptionnelles avec les injections iodoformées.

M. Polaillon s'est depuis plusieurs années déjà converti à la pratique des injections iodoformées, puisqu'à l'époque où nous étions son interne, il les pratiquait déjà et nous laissait les pratiquer dans de larges mesures, restreintes cependant par quelques interventions.

Sa confiance est moindre cependant dans l'iodoforme à l'intérieur et il emploie volontiers les préparations arsenicales et iodurées.

Enfin tout récemment encore le professeur Tilanus, dans un travail inséré dans la *Revue de chirurgie* (février 1890), étudiait les propriétés antiseptiques et antibacillaires de l'iodoforme et concluait à son efficacité dans la tuberculose.

La valeur antituberculeuse de l'iodoforme a encore reçu de M. le Dr Morel Lavallée (*Scrofulo-tuberculose de la peau*), in *études sur la tuberculose*, IIIe fascicule) une confirmation dans l'ordre des recherches cliniques. Sans entrer dans les détails des considérations intéressantes dont l'auteur fait suivre son mémoire, nous rapportons seulement en résumé les 10 observations inédites qu'il publie; il fait cette remarque cependant que l'iodoforme tout en donnant une amélioration constante n'a pas mené ses malades jusqu'à la guérison proprement dite.

Observation I. — Lupus de la main. Lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras de nature scrofulo-tuberculeuse. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration rapide, mais plus tard amaigrissement.

Obs. II. — Tuberculose cutanée de forme verruqueuse consécutive à des lésions du squelette. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration passagère.

Obs. III. — Lupus de la joue. Injection de vaseline iodoformée. Guérison presque complète.

Obs. IV. — Lupus de la face. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration, puis *statu quo*.

Obs. V. — Ulcération tuberculeuse de l'aile du nez. Tuberculo-scrofulides ulcératives. Injection de vaseline iodoformée. Aucun résultat.

Obs. VI. — Ulcération tuberculeuse de la muqueuse nasale et de l'aile du nez. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration partielle.

Obs. VII. — Lupus tuberculeux de la face, forme végétante

non ulcéreuse. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration passagère.

Obs. VIII. — Lupus de la joue circonscrit. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration, puis état stationnaire.

Obs. IX. — Lupus géant de la face et du cou. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration.

Obs. X. — Lupus géant de la face et du cou. Injection de vaseline iodoformée. Amélioration cessant avec l'arrêt des injections (1).

Faits qui sont bien en relation avec ce que nous savons des propriétés antiseptiques de l'iodoforme, si longtemps discutées et de sa valeur anti-tuberculeuse contestée par Rovsing, (*Hospital Tidende* 1887), reconnue et admise encore par Mosetig Moorhoff, Bruns, (*Arch. für Klin. Chir.*, 87), où il publie 40 guérisons sur 54 cas d'injections dans des abcès froids, Senger, Marchand, Winivarter, Testa, etc.

A cette série si longue, nous joignons les résultats de notre observation :

Observation 188 (inédite). — *Abcès ganglionnaire sous-maxillaire. — Injection d'éther iodoformé. — Guérison rapide.*

M... E., âgé de 40 ans, épicier, n'a jamais eu de maladie sérieuse, sauf une fièvre intermittente pendant son service militaire en Afrique ; il entre le 15 février 1887, salle Broca, n° 9, à la Pitié, service de M. Polaillon.

Son père est mort d'une hernie étranglée et sa mère par accident.

Le malade avait deux sœurs qui sont mortes toutes deux avant trente ans. Il a deux frères, dont l'aîné est toujours souffrant.

Notre malade est vigoureux. Il n'a pas eu la syphilis et n'offre pas d'antécédents strumeux. Il n'a jamais eu de gêne du côté de la respiration.

(1) Cette dernière observation prouve bien que l'amélioration n'est pas une simple coïncidence.

Au mois de novembre, il s'aperçut qu'une « glande », sous-maxillaire était sensible au toucher. Au mois de décembre, elle devint dure, se localisa dans la moitié droite de la région sous-maxillaire et prit du volume, mais sans jamais le faire souffrir.

A son entrée à l'hôpital, l'aspect de la partie droite de la région sus-hyoïdienne n'a pas considérablement changé. On y rencontre une masse rougeâtre de la grosseur d'un œuf de pigeon. On y perçoit de la fluctuation sans aucune douleur à la pression. La tumeur semble être adhérente au maxillaire inférieur. On ne constate pas de ganglions cervicaux du côté gauche, on ne trouve qu'un léger gonflement du côté droit.

Le 19 février, on fait une ponction et on retire un pus épais, qui tombe au fond de l'eau sans s'y mêler. On fait une injection d'éther iodoformé.

20 février. — La tumeur paraît s'être reformée. On constate le lendemain un léger œdème de la face du côté correspondant à la tumeur et un peu de douleur.

22 février. — La tumeur reste fluctuante.

24 février. — La tumeur s'est ouverte le matin; le soir il reste encore un peu de fluctuation. L'orifice s'est refermé.

Le malade sort le 27 février. Il reste un abcès en voie de disparition et un peu de fluctuation.

Je revois le malade une première fois le 1er mars, la tumeur a diminué; mais il semble qu'il reste encore une poche indurée, le malade nous dit qu'après avoir pressé sur la tumeur, il a fait sourdre encore un peu de liquide.

Je le revis une seconde fois le 8 mars. Il reste une petite tumeur indurée, plus aucune fluctuation, la guérison est complète.

Observation 189 (inédite) (résumée) — *Ganglions suppurés. — Injection iodoformée. — Guérison.*

H... J., âgé de 38 ans, brasseur, entre à l'hôpital de la Pitié le 23 mai 1887, salle Broca, lit n° 37, service de M. le Dr Polaillon; il est porteur d'une adénite mentonnière suppurée depuis huit jours : c'est un scrofuleux avéré, déjà porteur d'une tumeur blanche; pas de lésions pulmonaires.

Traitement. — On lui fait trois injections d'éther iodoformé.

Il sort de l'hôpital le 3 juin 1887.

Il ne reste qu'une induration sans fluctuation ni trajet fistuleux, la guérison complète est assurée dans peu de jours.

Observation 190 (inédite) (résumée). — *Ganglions suppurés. — Injections iodoformées. — Guérison.*

L... A., âgé de 22 ans, maréchal ferrant. Entré le 21 octobre 1887, salle Broca, n° 2, service de M. Polaillon.

Antécédents. Nuls, pas de scrofule en bas âge, pas de tuberculose pulmonaire. Début de l'affection il y a deux mois ; fistulisation il y a quinze jours, pas d'origine appréciable, actuellement abcès par occlusion momentanée du trajet fistuleux (collodion).

23 *octobre.* On fait au malade une injection d'éther iodoformé.

28 *octobre.* On répète la même injection.

1er *novembre.* L'abcès est de nouveau vidé.

4 *novembre.* L'abcès s'ouvre spontanément. Il y a une petite plaque de sphacèle.

8 *novembre.* L'état du malade est très bon, il ne reste que de l'induration.

14 *novembre.* Le malade sort à peu près guéri, il ne reste qu'une induration sans aucun orifice fistuleux.

Observation 191 (inédite) (résumée). — *Ganglions suppurés. — Erysipèle. — Emploi des crayons iodoformés. — Amélioration locale et générale.*

P... C., serrurier, né à Paris, entre le 23 juillet 1889, service de M. Verneuil.

Le malade est entré dans le service à la suite d'un érysipèle développé sur des ganglions du cou suppurés. Envoyé une première fois à Vincennes, il en est revenu avec des ganglions suppurant très abondamment, et dans le pus desquels on ne trouve pas de streptococcus. J'incise trois ganglions ; les parois en sont épaisses, lardacées et présentent l'aspect très net de ganglions tuberculeux avec foyers caséeux ; je panse avec un crayon d'iodoforme. Le malade présente des lésions pulmonaires ; il tousse, est maigre et pâle.

Son état est amélioré très rapidement, le malade sort le

13 août en voie de guérison, mais il porte des orifices fistuleux qui bourgeonnent d'ailleurs frachement.

L'état général est très sensiblement amélioré.

Observation 192 (inédite) (résumée). — *Ulcération tuberculeuse ano-périnéale. — Iodoforme intus et extra. — Amélioration rapide.*

B..., P., artiste dramatique, âgé de 38 ans. Salle Saint-Jean, service de M. Verneuil. Entré le 20 novembre 1889.

Antécédents. — Nuls.

Le malade est pâle et déprimé; il tousse un peu mais n'a pas craché de sang.

Il présente un abcès périnéal qui s'est ouvert entre l'angle périno-scrotal et la marge de l'anus.

Il reste actuellement une plaie déchiquetée et fistuleuse, accompagnée d'un large décollement qui va vers l'anus. Il n'y a pas d'ouverture dans le rectum ni de fistule uréthrale. La lésion a tous les caractères d'un abcès tuberculeux. On traite le malade avec des bains et des crayons iodoformés placés dans le décollement; une pilule d'iodoforme de 0 gr. 10 centig. à l'intérieur.

La plaie devient granuleuse et prend un meilleur aspect, mais le malade se lève trop.

Il sort le 29 novembre et doit continuer le traitement iodoformé et prendre de l'iodoforme à l'intérieur; il doit, d'ailleurs, être revu.

Observation 193 (inédite). — *Tumeur blanche du genou. — Antécédents héréditaires tuberculeux. — Abcès circonvoisins. — Injections d'éther iodoformé. — Appareils. — Amélioration de l'état local.*

P..., J., âgée de 56 ans, domestique, entre à la Pitié, le 14 *mars* 1889, service de M. le Professeur Verneuil, salle Lisfranc, lit n° 30.

Antécédents héréditaires de la malade : Père et mère morts à un âge avancé, le premier à l'âge de 70 ans, l'autre à 94 ans.

Outre la malade, ils ont eu une autre fille, qui, paraît-il, est en bonne santé. La malade est assez robuste. Dans sa jeunesse

elle n'a eu d'autre affection que la petite vérole à l'âge de quatorze ans. La malade a eu quatre enfants, morts les uns jeunes, les autres adultes, « d'*affection de la poitrine, comme son mari* ». La malade est elle-même bien portante, bien que de constitution peu robuste, pas de tuberculose pulmonaire.

Il y a six ans environ, elle vit apparaître au-devant du genou gauche, un petit abcès, de la grosseur d'un pois, qui s'ouvrit au bout d'une dizaine de jours, sans provoquer la moindre douleur. La suppuration était peu abondante. Il resta ouvert pendant huit à dix jours, et se cicatrisa pour s'ouvrir de nouveau quelque temps après.

Pendant deux ans les mêmes alternatives se présentèrent. L'abcès du début, après avoir suppuré pendant une quinzaine de jours, se cicatrisait pour s'ouvrir de nouveau. Les douleurs étaient nulles, et la malade continuait à vaquer à ses occupations. Comme traitement, la malade se contentait d'appliquer sur cet abcès de la teinture d'iode et de la pommade camphrée.

Il y a 18 mois, un second abcès se forma à la face antéro-interne de la même articulation, un peu au-dessous et en dedans du premier qui s'était cicatrisé. Il était un peu plus volumineux que celui-ci, et une fois ouvert, il présenta pendant trois mois les mêmes alternatives de suppuration et de cicatrisation.

La malade n'avait pas de douleurs. Elle applique sur celui-là aussi de la teinture d'iode et de la pommade camphrée. Quand le deuxième abcès fut complètement cicatrisé, le genou gauche commença à gonfler, l'articulation se déforma, la marche devint pénible, mais la malade pouvait encore plier la jambe.

Elle constata une grande diminution de ses forces, sa jambe s'atrophia brusquement, la santé générale ne paraît pas ébranlée.

Il y a deux mois, les mouvements du genou devenaient de plus en plus limités, et la malade marchait sans plier la jambe. *Depuis dix jours*, un nouvel abcès, du volume d'une noix, s'est formé à la face antéro-externe du genou, ce qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital.

État de la malade. — L'articulation est remplie de fongosités qui distendent la synoviale. Le genou est déformé, la rotule est déplacée et repoussée en haut. Outre le nouvel abcès qui est rouge, fluctuant, on remarque les deux cicatrices des

abcès anciens. La jambe et la cuisse sont atrophiées, et les mouvements de flexion des plus limités.

Le 16 mars. — On fait une ponction dans l'abcès pour faire l'examen bactériologique de son contenu et pour pratiquer l'inoculation. Le pus que l'on retire est épais, grumeleux et abondant. L'inoculation aux cobayes a été positive. Donc abcès tuberculeux.

Traitement. — Iodure de potassium, 1 gramme.

6 *avril.* — Compression par-dessus les parties abcédées.

7 *avril.* — La malade se déclare soulagée par la compression.

15 *avril.* — On fait l'extension.

16 *avril.* — On injecte à l'iodoforme l'abcès du genou.

27 *avril.* — On met un appareil silicaté.

16 *juin.* — L'appareil silicaté gêne la malade. Il est fendu. L'état local n'est pas sensiblement amélioré : l'abcès injecté seul est guéri. Elle marche peu.

12 *juillet.* — La malade demande à sortir de l'hôpital. Elle marche avec des béquilles; l'état local est très amélioré.

Observation 194 (inédite). — *Mal de Pott. — Abcès par congestion. — Iodoforme intus et extra. — Amélioration générale. — Guérison locale presque complète.*

B... J., 24 ans, femme de chambre. Entrée le 3 novembre 1888, salle Lisfranc, n° 5, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de la malade sont bien portants, la malade a un frère et deux sœurs également bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a eu une gastrite à 22 ans; la même année, M. Hutinel l'a soignée pour une phlébite de la jambe et de la cuisse : pas de renseignements précis à cet égard.

Petit à petit, la malade ressent une douleur lombaire qui se propage au mois de juillet dernier dans la région dorsale ; bientôt, la malade ne peut plus rien soulever et c'est à peine si elle peut marcher, elle a des élancements douloureux vers la cuisse droite ; elle avait été soignée à la campagne où on lui administrait des douches et on appliquait des mouches de milan, etc., pour combattre ses rhumatismes et les névralgies auxquelles la malade est sujette.

En octobre, la malade va voir M. Hutinel, dans le service duquel elle entre au mois de novembre ; à ce moment elle est pâle, anémiée, quoique sans lésions pulmonaires nettes. Pas d'appétit, amaigrissement.

Après quatre semaines de gouttière de Bonnet, la malade passe en chirurgie où on lui applique un appareil plâtré le 5 décembre 1888.

Dès son entrée en médecine, on avait constaté chez la malade un empâtement de la fosse iliaque droite auquel avait fait suite un abcès par congestion, abcès qui augmente encore actuellement (février 1889).

Actuellement, la douleur que la malade ressent dans la région dorsale subsiste encore ; la tumeur iliaque a le volume d'un gros œuf ; mais la sonorité est conservée au devant d'elle.

M. Verneuil fait remarquer qu'il est bon de ponctionner prématurément mais qu'il faut attendre que la tumeur ait refoulé les anses intestinales. La santé générale est bonne ; la malade ne tousse pas, mais elle a maigri cet été, son appétit est peu développé. — 10 centigrammes d'iodoforme à l'intérieur.

25 *février*. L'abcès se rapproche de la paroi.

6 *mars*. On enlève l'appareil ; il reste une saillie épineuse à la partie inférieure de la région dorsale ; il n'y a néanmoins pas de douleur à ce niveau ; la malade ressent des douleurs dans la région lombaire gauche.

15 *mars*. L'abcès de la fosse iliaque droite a notablement augmenté.

22 *mars*. On devait opérer la malade aujourd'hui ; mais on retarde l'opération car elle a ses règles depuis trois jours.

27 *mars*. On fait la ponction avec l'appareil Dieulafoy ; on retire quinze seringues Dieulafoy d'un pus épais.

On fait une injection de 60 gr. d'éther iodoformé à 5 °/₀. La malade n'éprouve aucune douleur au moment de l'injection ; mais après elle se plaint de vives douleurs provoquées peut-être par l'ivresse éthérée.

28 *mars*. Elle commet l'imprudence de se lever le soir, on la fait recoucher.

30 *mars*. La malade ne souffre pas, il n'y a rien de particulier à signaler dans l'état local.

31 *mars*. On permet à la malade de se lever.

2 *avril*. La masse a considérablement diminué.

7 *avril*. L'état de la malade est stationnaire, elle ne souffre pas.

15 *avril*. La tumeur réapparaît.

7 *mai*. La malade sort. Son état local et son état général sont excellents, l'abcès a presque totalement disparu, l'état général s'est sensiblement amélioré, elle a repris des forces et de l'embonpoint.

Observation 195 (inédite). — *Mal de Pott avec abcès par congestion chez une tuberculeuse. — Injection iodoformée. — Amélioration locale et générale considérable.*

Le 9 mai 1889, entre dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, salle Lisfranc, n° 12, une malade se plaignant d'une tumeur à la cuisse droite. Cette femme est âgée de 38 ans et lingère de son état.

Antécédents héréditaires : père et mère morts de « ramollissement du cerveau ». Le père a succombé à cette affection à l'âge de 61 ans; la mère a vécu jusqu'à 67 ans et avait toujours joui d'une assez bonne santé.

Réglée a 11 ans, la malade ne présenta aucun trouble menstruel jusqu'à l'âge de 35 ans où ses règles cessèrent. Mariée à 27 ans, elle n'eut ni enfants ni fausses couches.

Mais elle se plaignait d'avoir eu depuis l'âge de 18 mois de fréquents abcès froids.

Ces abcès siégeaient surtout aux jambes et étaient parfois si nombreux qu'à cette époque elle en eut jusqu'à dix à la fois. Elle eut ainsi des abcès pendant vingt et un ans et ils ne disparurent qu'à l'âge de 23 ans. Toutefois, ces abcès multiples ne l'empêchaient aucunement de marcher et de travailler. On l'avait jusqu'alors traitée par l'huile de foie de morue et les bains de Barèges.

Du côté de l'appareil digestif les troubles furent plus prononcés que du côté des organes génitaux. Atteinte à l'âge de 15 ans d'une gastralgie qui durait encore lors de son entrée à l'hôpital, elle vomissait tous les aliments qu'elle prenait, aussitôt après leur ingestion.

Au mois de janvier 1885, la malade fut prise de fièvre, accompagnée de sueurs nocturnes extrêmement abondantes.

Elle crachait beaucoup et ses crachats étaient nummulaires et adhérents.

A ces phénomènes venaient se joindre de l'inappétence, de la diarrhée, de l'amertume de la bouche.

Cet état dura près de quatre mois; puis la santé revint peu à peu comme auparavant, mais avec persistance de la gastralgie.

Enfin quatre ans plus tard, à la fin du mois de février 1889, la malade s'aperçut qu'elle présentait une petite tumeur à la face postéro-externe de la cuisse. Cette tumeur augmenta bientôt de volume, et c'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée on constate, vers la partie moyenne de la cuisse droite, l'existence d'un abcès. De plus, à la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale, siège une gibbosité complètement indolente, signe évident de mal de Pott.

L'examen du cœur et celui du rein ne donne, du reste, aucune indication. Poumons : le sommet *gauche* présente en arrière de la matité. De plus l'auscultation fait percevoir dans toute la moitié supérieure du poumon gauche un craquement fin. La respiration y est soufflante.

Du côté *droit* cette respiration soufflante est encore bien plus prononcée, et se fait entendre dans toute l'étendue du poumon.

Les troubles du tube digestif se manifestent par des vomissements d'aliments non digérés.

On commençe alors le traitement.

Le 15 mai on ponctionne l'abcès, et on en retire 450 gr. environ de pus bien lié; puis on fait dans la poche une injection d'éther iodoformé, selon la méthode préconisée par M. Verneuil pour le traitement des abcès froids.

Le lendemain 16 mai, la malade allait bien.

Le soir seulement elle eut quelques douleurs s'irradiant le long du nerf sciatique.

Le 17, l'amélioration s'accentua, et le 18 elle allait on ne peut mieux.

Cependant trois jours plus tard, le 25 mai, la poche recommença à augmenter de volume. Cette augmentation fit des progrès jusqu'au 29 mai, où le pus qui la remplissait s'écoula.

Le volume de l'abcès diminue alors dans de grandes proportions, et il ne reste plus finalement qu'une poche indurée de la grosseur d'un œuf.

La malade quitte l'hôpital le 1er juin, considérablement améliorée. L'état général s'est aussi heureusement modifié et nous l'avons noté comme très amélioré.

A la suite de ces deux observations, nous citons la suivante qui en est la confirmation :

Observation 196 (inédite) (résumée). — *Mal de Pott. — Traitement par les appareils. — Pas de traitement par l'iodoforme. — Cachexie rapide. — Mort.*

B... G..., 20 ans, garçon boucher, entré le 12 mai 1889, salle Michon, n° 48.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le début de l'affection remonterait à trois ans environ. A cette époque, le malade ressentit des douleurs assez vives dans la colonne vertébrale. Ces douleurs, intermittentes au début ne le quittaient pas depuis cinq mois.

Actuellement, le malade présente une gibbosité des vertébres dorsales ; on ne constate pas d'abcès dans la fosse iliaque.

On applique l'appareil de Verneuil (appareil silicaté).

Le 24 *juin*, on enlève l'appareil, on ne sent pas d'abcès dans la fosse iliaque, mais la gibbosité dorsale existe toujours.

Le malade a eu de la rétention puis de l'incontinence d'urine, il a beaucoup de douleurs dans le membre inférieur.

La toux incessante le fatigue beaucoup.

Le malade se cachectise beaucoup pendant le mois d'octobre.

Le 26 *octobre*, on lui pose quarante ventouses sèches.

Le 27 *octobre*, le malade meurt.

L'iodoforme a d'ailleurs conquis son rang dans la grande chirurgie des tuberculoses les plus graves, et après l'opinion du professeur Konig (*voir page* 249), M. Maske, dans un

mémoire intitulé : « De la tuberculose des synoviales articulaires et du pansement à l'iodoforme », publié dans *Centralblatt f. Chirurgie* (n° 23, 1882), communique deux observations très intéressantes qui semblent être sans contestation des cas de tuberculose primitive des parties molles de l'articulation du genou.

Il s'agissait de deux enfants atteints d'arthrite destructive ; Maske, ennemi de la résection chez l'enfant, fit l'arthrotomie et trouva un semis de granulations sur la synoviale et les cartilages, il fit avec la pince et le bistouri l'extirpation de la capsule autant qu'il le put, puis pansa à l'iodoforme. Les opérés purent quitter le service avec des appareils prothétiques ou immobilisateurs et ne conservaient plus de la plaie opératoire qu'une fistule, vestige de l'orifice par où sortait le drain.

Maske combinait l'iodoforme avec le pansement de Lister.

Ainsi que nous le disons ailleurs, de tous les anti-bacillaires étudiés (voyez thèse de Villemin : *Étude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose*, 1888, et même sujet, dans le III[e] fascicule des *Études sur la tuberculose*), l'iodoforme est celui qui jusqu'alors a conquis la confiance de la majorité des chirurgiens. Récemment cependant, M. Andrea Checherelli, portant sur le domaine de la chirurgie (*in Études sur la tuberculose*, III[e] fascicule), les recherches de MM. Raymond et Arthaud, a pu conclure à l'efficacité du tannin dans la tuberculose des os et des articulations (il cite à l'appui 27 observations cliniques qui méritent d'être prises en considération).

Tout récemment encore, au Congrès de la tuberculose, M. le D[r] Quénu attirait l'attention sur le « traitement des tuberculoses locales par les solutions d'acide fluorhydrique ». (Comptes rendus, page 618), et il cite un cas de disparition de fongosités dans une récidive d'arthrite blanche du poignet

à l'aide de ce topique (il persista néanmoins des trajets fistuleux), ainsi que deux autres cas de tuberculose, l'une ganglionnaire, l'autre cutanée, qui guérirent complètement; la tuberculose osseuse seule ne lui paraît pas justiciable de cette application.

Mais d'autre part l'iodoforme, déjà vanté par Verneuil (*Revue de chirurgie*, 1886), Bruns et Nauweck (*Mittheilungen Klinik Tubingen*, 1887), étudié par Chantemesse au point de vue expérimental, discuté par Van Stockum qui rapporte 20 observations, vient de recevoir encore tout récemment de Forster et Tilanus une consécration clinique dans le numéro du 10 février 1890 de la *Revue de chirurgie*, ces auteurs pouvant conclure :

1° Qu'il empêche certainement le développement du bacille tuberculeux;

2° Qu'il le détruit peut-être.

Il est d'ailleurs des cas, et en faisant remarquer ce point particulier nous ne faisons que suivre l'enseignement de M. Verneuil lui-même (clinique du 1er mars 1890), où l'injection iodoformée doit céder le pas à l'incision (1). C'était le cas pour un malheureux homme, entré le 28 février, au n° 2 de la salle Landry. C'est un tuberculeux avancé, envahi de tous côtés par la tuberculose. Il a une prostate tuberculeuse ; non seulement le testicule présente les altérations de la tuberculose mais le canal inguinal lui-même est occupé par une énorme funiculite tuberculeuse. « Il faut ouvrir disait M. Verneuil, les abcès tuberculeux comme les autres, et chez notre malade la portion solide l'emportant de beaucoup sur la partie liquide, l'injection d'éther iodoformé n'a plus de raison d'être et il faut recourir à l'incision. »

(1) C'est dans ce sens encore que plaide l'observation suivante 197.

Observation 197 (inédite) (résumée). — *Tuberculose ganglionnaire et mammaire. — Echec des injections d'éther iodoformé. — Il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.*

M... L..., couturière, 17 ans, entrée à la Pitié, salle Lisfranc, n° 35, le 11 juin 1889, service de M. Verneuil.

La maladie débuta il y a deux mois par l'engorgement ganglionnaire du cou à droite. Puis on s'aperçut de l'existence d'un ganglion sous l'aisselle et enfin d'un engorgement ganglionnaire du cou à gauche. En même temps la partie supéro-externe du sein gauche s'indurait. — A l'entrée on constate en ce point une tumeur assez dure, de la grosseur d'une petite mandarine, non adhérente à la peau et aux parties profondes. De cette tumeur part un tractus noueux et dur qui va se terminer dans les ganglions du creux de l'aisselle qui sont tous indurés. A gauche du cou l'un des ganglions menace de s'abcéder.

Traitement. — Injections d'éther iodoformé.

Le 20 juin après la deuxième piqûre, la tumeur du cou présente un point de sphacèle. A plusieurs reprises cet abcès s'est ouvert. Le 26 juin les ganglions du cou s'abcèdent largement.

On a pratiqué sur le sein deux injections interstitielles d'éther iodoformé. Le 26 juin, la tumeur a un peu augmenté; on y sent par le palper quelques noyaux indurés et comme inflammatoires.

Le 1er juillet, troisième injection iodoformée dans le sein, quatrième dans les ganglions.

Le 3 juillet, on essaye la compression du sein que la malade ne peut tolérer.

On ne constate pas d'amélioration notable.

La question d'intervention chirurgicale est posée par M. Verneuil, mais la mère exige la sortie de son enfant le 12 juillet.

Des considérations précédentes il semble déjà résulter que les préparations iodoformées exercent en tant que topiques une influence heureuse sur la guérison et sur le maintien de la guérison des tuberculoses locales.

Nous avons vu qu'au point de vue expérimental (Jeannel), le traitement local seul a donné de déplorables résultats, puisque six animaux n'en sont pas moins morts tuberculeux. Il eût fallu sans doute pouvoir suivre les malades de M. Reclus pendant un long temps et nous savons malheureusement que, non seulement difficile, cette revision est parfois impossible. Il y avait donc lieu de joindre au traitement local qui guérit le mal local, un traitement général qui prévient la complication ou la récidive et c'est l'ensemble de ce traitement qui constitue ce que notre maître a si bien désigné et défendu sous le nom de traitement préopératoire.

CHAPITRE IV

Du traitement préopératoire : considérations cliniques.

Stériliser les foyers d'infection, imprégner l'organisme d'un antiseptique qui puisse s'opposer à la colonisation des bacilles, mettre en un mot le tuberculeux dans les conditions d'un malade ordinaire, tel est le but du traitement préopératoire. Nous avons donc après les maux, à étudier le remède, à dire dans quel but il est conçu, comment il est administré, quels résultats il a produits.

Notre tâche serait facile si nous voulions reproduire *in extenso* les quelques pages trop courtes dont M. Verneuil a fait suivre ses considérations sur la généralisation tuberculeuse. Ainsi que le fait remarquer l'auteur, il n'existe souvent pas de signes précurseurs capables de faire prévoir la catastrophe ; le malade est comme foudroyé et, puisqu'on ne trouve ni du côté du malade, ni du côté de la nature de l'opération (nous ferons une restriction en ce qui concerne les articulations), les éléments du pronostic, il faut toujours et quand même regarder le danger comme imminent et le prévenir.

M. Verneuil ayant remarqué que c'était surtout chez les malades qui n'avaient point été soumis à un traitement pharmaceutique, hygiénique ou diététique que l'on voyait survenir pareilles catastrophes, pense que là était peut-être la solution du problème.

« Voici en effet, dit-il, ce qui se passe. Comme on opère sur un foyer contaminé, c'est-à-dire sur une région occupée par la tuberculose osseuse, articulaire, séreuse, ganglion-

naire, etc., il y a grande chance pour que des accidents résultent d'une auto-inoculation partie de ce foyer morbide, c'est-à-dire d'une colonisation centripète ; en effet les microbes captifs *loco dolenti* étant mis en liberté par le traumatisme, pénètrent dans le torrent circulatoire, et vont s'arrêter en divers organes, méninges, poumons, séreuses, etc., où ils forment des dépôts secondaires plus ou moins nombreux et importants.

On peut s'opposer à la colonisation susdite de trois manières :

1° En détruisant tout à la fois le poison et le foyer ;

2° Ou le poison dans le foyer ;

3° Ou le poison pendant sa migration, c'est-à-dire dans le torrent circulatoire, qu'il traverse nécessairement pour aller de la région blessée aux viscères où il se retrouve en cas de généralisation.

L'ablation par raclage, évidement, résection, amputation, représente le premier expédient.

En cas de collection, l'injection avec l'iodoforme ou tout autre agent parasiticide réalise le second.

Enfin, pour atteindre le dernier but, il faudrait modifier le sang de façon qu'il fût impropre à nourrir, ou mieux encore capable de tuer tous les microbes pendant leur passage dans le système vasculaire. A la dyscrasie microbique ou virulente, on devrait opposer une dyscrasie parasiticide ou médicamenteuse.

Ce troisième procédé doit être recherché avec d'autant plus de soin qu'il est seul applicable en cas de redressement articulaire forcé, où, blessant le foyer sans détruire ni modifier le poison, on se met dans les conditions les plus favorables à l'auto-inoculation traumatique produisant l'auto-infection. Et pour créer la dyscrasie parasiticide en question, il faut introduire dans le sang un agent médicamenteux qui ne soit pas nuisible à la santé du patient et qui par contre neutralise ou détruise le poison circulant.

Je ne sais si l'on trouvera mieux, mais jusqu'ici l'iodoforme paraît être le produit pharmaceutique le plus approprié à remplir cette indication.

Voici, comment, les cas urgents exceptés bien entendu, je procède depuis quelque temps. Chaque fois que j'opère un tuberculeux, s'il y a une lésion profonde non ouverte à l'extérieur, telle qu'une articulation malade à redresser, des ganglions à enlever, etc., je prescris l'iodoforme à l'intérieur par la bouche, à la dose de 5 à 15 centigrammes par jour, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. S'il y a lésion ouverte, ulcération, fistule, je saupoudre la plaie avec l'iodoforme finement pulvérisé, ou j'y introduis des crayons d'iodoforme solidifiés, ou encore j'y injecte une quantité suffisante d'éther iodoformé à 5 pour cent.

En cas d'abcès, j'injecte directement l'éther iodoformé dans sa cavité.

Les jours suivants j'examine les urines, et lorsqu'elles présentent la réaction caractéristique avec l'acide nitrique et le chloroforme (1), je me crois en mesure de procéder.

Voici ce que j'attends de cette pratique. J'ai chance d'abord de détruire le virus dans le foyer morbide où j'ai introduit l'iodoforme; mais n'étant pas sûr d'avoir réalisé cette destruction ni d'avoir empêché la pénétration, la dissémination, le transport du poison dans le torrent circulatoire, j'ai l'espoir d'avoir du moins modifié le sang de façon à le rendre parasiticide ou certainement peu favorable à la prolifération des bacilles ou de leurs spores.

On ne verra peut-être là qu'une pure hypothèse ; mais on m'accordera qu'elle est bien innocente et qu'elle a du moins la logique pour elle.

Des chirurgiens pressés, et malheureusement ils sont nombreux de nos jours, s'indigneront à la pensée qu'on a mis

(1) Nous croyons la réaction de l'iodure d'amidon bien plus sensible.

six mois à guérir une ostéite métatarsienne, quelques gommes tuberculeuses et deux abcès froids de petit volume, alors qu'en une seule séance on eût pu faire toute la besogne avec la curette tranchante ou en pratiquant l'ablation ou la résection de l'os réputé malade. On aurait suturé toutes les plaies, enlevé les drains et les sutures dans le courant de la semaine, et la réunion immédiate obtenue, on aurait, au huitième jour, déclaré la guérison complète et radicale.

Or, il y a de cela quarante ans, à ma troisième année d'internat, j'écrivais un mémoire de fin d'année sur ces ostéo-arthrites périphériques et sur l'inefficacité presque constante des opérations partielles et économiques qu'on leur opposait. Depuis je n'ai point changé d'opinion, et les cas exceptés où il s'agit de nécroses que l'extirpation des séquestres suffit à guérir, je ne pratique plus guère que les amputations, ou une quasi expectation où la médecine opératoire, réduite au minimum, se borne aux ouvertures d'abcès, au drainage, au grattage, à l'évidement, mais appelle à son aide une médication locale très méthodiquement instituée : pansement antiseptique ouvert, bains, pulvérisations, injections iodées ou iodoformées dans les trajets et les cavités artificiellement creusées, etc., le tout continué sans relâche pendant de longs mois s'il le faut, et aidé par l'administration intérieure des médicaments spécifiques donnés à petites doses mais sans interruption, et, quand la chose est possible, par le séjour prolongé à la campagne ou aux bords de la mer.

J'ai trop souvent réussi en procédant de la sorte pour changer ma manière de faire, qui n'est autre, en somme, que celle qu'on suit pour d'autres maladies constitutionnelles, la syphilis, par exemple. Certes, si l'on voulait, on pourrait attaquer aussi par la médecine opératoire ses manifestations externes, mais on épuise auparavant toutes les ressources de la thérapeutique. Certes, on est obligé parfois de pratiquer certaines opérations chez des syphilitiques, entre autres

diverses autoplasties; mais on n'y procède pas d'emblée, et on prend ou l'on reprend pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, et à titre de préparation indispensable, la médication spécifique.

Pourquoi n'applique-t-on pas ces sages préceptes à la cure des tuberculoses locales, et pourquoi est-on si prompt à prendre le bistouri, la rugine, la pince de Lister ou la scie? Je n'ai pas l'espoir de convertir mes contemporains, mais je prie en grâce mes élèves et les jeunes chirurgiens de se donner au moins la peine d'essayer loyalement cette chirurgie conservatrice et de comparer pendant deux ou trois ans ses résultats et ceux de l'intervention à outrance et de la résécomanie en particulier. »

M. Verneuil se départit rarement de ces principes, même pour les opérations minimes ainsi que le prouve un fait pris au hasard dans sa pratique.

Observation 198 (inédite, résumée). — *Spina ventosa.* — *Bronchite tuberculeuse.* — *Traitement préopératoire.*

B...V., 59 ans, maréchal ferrant, entré le 25 octobre à la Pitié, salle Michon, n°52 (*bis*), sorti le 3 novembre 1889.

Le malade est descendu de médecine pour un spina-ventosa tuberculeux du doigt. Mais il a des lésions pulmonaires avancées, et il y a lieu de le faire repasser en médecine avant de songer à intervenir.

Notre maître M. Polaillon met d'ailleurs en pratique ces sages réserves, comme le prouvent les observations suivantes.

Observation 199 (résumée, inédite).

L...A., 40 ans, salle Broca, 21, service de M. Polaillon, entré le 9 décembre 1887.

Ce malade, tuberculeux avancé, présente des fistules anales multiples : l'auscultation révèle des cavernes aux deux sommets ; il est pâle, amaigri et a continué néanmoins ses occupations jusqu'à ce jour.

M. Polaillon croit l'intervention contre-indiquée par la tuberculose pulmonaire concomitante avancée, et refuse

l'intervention; il engage le malade à se soumettre à un traitement général avant de réclamer une opération.

L'état du malade reste stationnaire.

Observation 200 (résumée, inédite).

M...Z., 45 ans, entrée le 3 août 1886, service de M. Polaillon.

Cette malade est atteinte d'un abcès de la fosse iliaque droite déjà traité et guéri dans le service. Il a récidivé et s'est ouvert spontanément. Lavages phéniqués. Pansement de Lister.

Vu l'état de la malade affectée d'une bronchite chronique intense, on la fait passer en médecine d'où elle doit revenir après l'amélioration de l'état général.

Observation 201 (résumée inédite).

H...S., 47 ans, entré le 16 novembre 1887, service de M. Polaillon, salle Broca (1).

Fistule à l'anus complète chez un phymique, lésions au 3e degré très avancées. M. Polaillon préfère attendre pour intervenir que le malade se soit soumis à un traitement général.

a) — *Du traitement préopératoire local*

Il existe donc dans la méthode du traitement préopératoire un certain nombre de points bien distincts :

1° Traitement local par l'iodoforme ou l'éther iodoformé ;

2° Traitement général par l'iodoforme à l'intérieur ou les injections d'éther iodoformé au niveau du foyer de l'opération.

Nous avons déjà parlé de l'action locale de l'iodoforme sur les néoformations tuberculeuses et les injections intra-ganglionnaires de Verchère, le traitement des abcès froids par l'éther iodoformé (Verneuil, Reclus, Verchère), nous dispensent d'y revenir. Peu importe, d'ailleurs, que l'iodoforme soit appliqué à l'état de poudre, de crayons ou de solution éthérée.

M. Verneuil va plus loin et pense qu'il serait bon d'insti-

(1) M. Polaillon prescrit volontiers à ces malades les préparations arsénicales et les chlorurées sodiques.

tuer une série de recherches sur la stérilisation préopératoire des foyers de suppuration à l'aide d'antiseptiques appropriés, l'acide phénique, par exemple. Nous ne faisons qu'indiquer ce point qui n'a pas directement rapport à notre sujet, parce que nous avons pu constater quelques beaux résultats qu'il avait donnés.

Il est des cas, avons-nous dit, où l'injection d'éther iodoformé n'est qu'un traitement préparatoire à l'opération et nous en empruntons un cas à la clinique de M. Verneuil (8 février 1890). « Nous allons pratiquer dans un abcès une injection iodoformée, mais à titre purement adjuvant. Il s'agit d'un malade chez lequel M. Kirmisson a déjà ponctionné un abcès sacro-fessier. Il guérit bien, mais la récidive survint avec une disposition tout autre. Elle occupe la face postérieure du sacrum et va jusqu'à la pointe du coccyx. Diffuse, fluctuante avec prolongement fessier très net, elle affecte la forme d'un abcès en bissac. A la palpation on y sent des grains riziformes. Contre ces grains riziformes qui agissent à la manière des corps étrangers, l'éther iodoformé échoue parfois et il faut souvent inciser, ouvrir et faire suppurer. Or, si je pratique l'injection iodoformée dans le foyer, c'est pour le stériliser d'abord, avant de le traiter comme un abcès ordinaire : cela empêchera, au moment du grattage, la pénétration du bacille, qui peut aller coloniser dans le poumon ou ailleurs, d'où infection possible tantôt d'un viscère vers un point quelconque, articulation par exemple; tantôt d'un point quelconque à un viscère, souvent le poumon. Il faut donc jeter dans le système vasculaire un agent capable de tuer le bacille au passage. Dans un nombre de cas considérable, l'opération d'une tuberculose locale a fait éclater la granulie ou la méningite. Depuis que j'ai adopté la méthode de la stérilisation du sang par un traitement préopératoire, je ne vois plus de ces accidents. Les colons manquent, il n'y a plus de colonisation. Je crois que

chez notre malade il faudra en arriver à l'ouverture et au curage, pratique ordinairement mauvaise, mais il n'y a pas en chirurgie de procédé si détestable qu'il ne soit applicable à aucun cas. »

Dans son travail inséré dans le 3e fascicule des « *Études sur la tuberculose* » et dont nous avons déjà plusieurs fois parlé, M. Barette insiste avec raison sur la stérilisation préventive des abcès froids par l'iodoforme comme premier temps préparatoire de l'incision : il dit avoir remarqué que la réunion immédiate est ainsi plus facilement obtenue, que la réparation est plus rapide en tout cas et il cite les nombreux exemples suivants :

(Les observations suivantes sont tirées du travail de M. Barette, fascicule II du *Congrès de la tuberculose.*)

Obs. 9. — Homme, 38 ans. Ostéite tuberculeuse de l'os iliaque. Tuberculose pulmonaire. Deux ponctions avec deux injections d'éther iodoformé. Incision. Grattage. Mort. Tuberculose pulmonaire. Pas même de guérison locale.

Obs. 10. — Homme, 44 ans. Ostéite tuberculeuse de la septième côte. Tuberculose pulmonaire. Trois ponctions aspiratrices. Trois injections d'éther iodoformé. Incision. Grattage. Résection. Réunion. Guérison. Insuccès de l'éther iodoformé. Réunion immédiate.

Obs. 11. — Homme, 27 ans. 1° Ostéite tuberculeuse de l'épitrochlée. Pas de tuberculose pulmonaire. Ponction et injection d'éther iodoformé préparatoire. Incision. Grattage. Réunion. Guérison. 2° Ostéo arthrite du coude. Pas de tuberculose pulmonaire. Deux ponctions et deux injections d'éther iodoformé Incision. Grattage. Amputation du bras. Guérison.

Obs. 14. — Homme, 28 ans. Adénite tuberculeuse de l'aine. Poumons non tuberculeux. Ponction et injection préparatoire. Incision. Grattage. Réunion. Guérison.

Obs. 15. — Femme, 26 ans. Abcès froid de la paroi thora-

cique. Poumons non tuberculeux. Ponction et injection préparatoire. Incision. Grattage. Réunion. Guérison.

Obs. 16. — Homme, 37 ans. Abcès froid costal et de l'épine iliaque. Tuberculose au premier degré. 1° Abcès costal : ponction, injection d'éther iodoformé. Guérison. Mort de tuberculose pulmonaire. 2° Epine iliaque. Ponction et injection. Incision. Grattage. Suture. Non guéri.

Obs. 17. — Homme, 28 ans. Adénite tuberculeuse du cou. Poumons non tuberculeux. Ponction et injection préparatoire. Grattage. Réunion. Guérison.

Obs. 19. — Homme, 20 ans. Abcès froid de coxalgie. Poumon non tuberculeux. Trois ponctions. Trois injections. Incision. Grattage. Non guéri. Fistulisation de la jambe.

Obs. 21. — Homme, 31 ans. Adénite tuberculeuse du cou. Tuberculose au premier degré. Ponction et injection d'éther iodoformé préparatoire. Incision. Grattage. Suture. Guérison.

Observation 202 (inédite). — *Ganglions tuberculeux de la région sous-maxillaire. — Injections iodoformées préparatoires. — Incision. — Grattage. — Guérison très rapide.*

P... P., âgé de 50 ans, homme de peine, entré le 25 mai 1887, salle Broca, n° 4, service de M. Polaillon

Antécédents héréditaires. — Nuls : parents morts à un âge très avancé.

Début de l'affection il y a cinq semaines.

Il y a un an, il a eu un ganglion analogue à celui dont il se plaint maintenant et qui n'a pas suppuré.

Actuellement, on trouve à droite de la ligne médiane un ganglion complètement ramolli. La peau est rouge, non douloureuse. Le malade a eu des douleurs lancinantes.

On remarque encore un ganglion sous-maxillaire situé dans la loge de la glande sous-maxillaire et à gauche de la ligne médiane; ils ne sont pas douloureux, mais fluctuants avec teinte violacée de la peau qui les recouvre.

Chacun des deux ganglions a le volume d'un petit œuf.

26 *mai.* — On injecte de l'éther iodoformé après l'évacuation d'un pus consistant et grumeleux. On fait un pansement ouaté.

Le malade a eu une syncope pendant l'opération, il dit avoir beaucoup souffert au moment de l'injection.

28 *mai.* — On enlève le pansement ouaté ; la tumeur est encore volumineuse, le malade ne souffre plus.

30 *mai.* — L'abcès est rouge et turgescent.

31 *mai.* — L'abcès diminue un peu.

1er *juin.* — L'abcès s'ouvre spontanément ; on fait un pansement simple et on place un petit drain.

6 *juin.* — On introduit dans la plaie depuis trois jours des mèches de gaze iodoformée. L'état général du malade est assez bon, quoique stationnaire.

12 *juin.* — On a continué le pansement avec des mèches de gaze iodoformée, puis on ouvre l'abcès aux ciseaux, et on fait un pansement iodoformé ; il s'écoule une grande quantité de pus.

21 *juin.* — On incise le second abcès au bistouri, il en sort une matière caséeuse épaisse ; on gratte à la curette l'intérieur de l'abcès et on y introduit une mèche iodoformée.

24 *juin.* — On fait un pansement. L'état du malade est stationnaire.

26 *juin.* — Recollement rapide de la paroi, le second ganglion incisé est en voie de guérison et la cicatrisation s'annonce comme devant être très rapidement complète.

Le malade sort en bon état le 27 juin.

Observation 203 (inédite). — *Coxalgie ancienne chez une syphilitique. — Abcès périarticulaires. — Traitement préopératoire par les injections iodoformées. — Extraction d'un petit séquestre. — Guérison rapide. — Bon état local et général à la sortie.*

J... B., âgée de 19 ans, fleuriste, entre à l'hôpital le 18 octobre 1887, salle Lisfranc, n° 24, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires. Le père et la mère de la malade sont en bonne santé. La mère a eu neuf enfants. La malade et une sœur sont seules vivantes. Cette dernière est assez maladive. Elle a eu à l'âge de 18 ans la rougeole, un ulcère nasal. Les autres enfants sont morts jeunes, de méningite, de croup, de bronchite.

Antécédents personnels de la malade. A l'âge de 4 ans 1/2,

elle a eu une coxalgie droite. Elle a été soignée aux Enfants malades par M. de Saint Germain, et a été guérie au bout de dix-huit mois.

A l'âge de 6 *ans*, elle a eu une « furonculose généralisée? » Elle a été traitée par le sirop antiscorbutique.

A l'âge de 8 *ans* 1/2, elle a eu la danse de Saint-Guy. Elle a été soignée aux Enfants malades. On lui a donné des bains, des douches, des fortifiants.

Réglée assez mal de 13 à 15 ans. La durée des règles était de huit à quinze jours. Elle avait des flueurs blanches abondantes dans l'intervalle des époques menstruelles. Actuellement les pertes sont presque nulles, et la malade bien réglée voit pendant trois à cinq jours.

A l'âge de 15 *ans*, elle a eu des douleurs rhumatismales dans les deux jambes, douleurs vives surtout dans la hanche gauche. Le membre se raccourcit notablement. On l'a traitée par des vésicatoires, des frictions au chloroforme et au baume de Fioraventi.

Elle a eu également une ophthalmie. Elle a été traitée par des collyres au nitrate d'argent. Après deux mois de traitement la malade marche bien.

Le 13 *janvier* 1887 la malade fait une chute. Elle est transportée chez ses parents. Elle éprouve des douleurs vives, la nuit surtout, dans le genou gauche. On lui fait des frictions.

Le 18 *octobre* 1887 la malade entre à l'hôpital. Outre sa coxalgie gauche, elle est couverte de syphilides papuleuses, avec plaques muqueuses aux parties génitales. On la maintient dans l'extension continue, et on lui donne le traitement antisyphilitique : iodure de potassium.

12 *novembre*. On réduit la déviation sous le chloroforme, et on applique ensuite l'appareil Verneuil qu'on maintient jusqu'au 31 décembre.

4 *janvier* 1888. La malade est placée dans une gouttière de Bonnet.

12 *fevrier*. On applique de nouveau l'appareil Verneuil.

15 *mai*. On l'anesthésie, et l'on constate la formation d'un abcès.

2 *juin*. La malade est mise de nouveau dans la gouttière de Bonnet. On applique un cautère au niveau du point fluctuant, et on le maintient pendant un mois.

Septembre. On fait la ponction avec l'appareil Dieulafoy. On

retire 100 gr. de liquide purulent. On fait une injection d'éther iodoformé.

23 *décembre*. On applique un appareil Verneuil.

7 *janvier* 1889. L'appareil étant enlevé, par suite des douleurs vives que ressent la malade, on la place de nouveau dans la gouttière de Bonnet.

15 *janvier*. On lui fait une nouvelle ponction. On retire 40 grammes de pus, et on fait une injection d'éther iodoformé.

8 *février*. On lui fait une incision, sous le chloroforme, longue de 8 cent., suivant le bord externe du couturier. Issue de pus grumeleux, avec concrétions filamenteuses retirées avec les pinces. On trouve une toute petite parcelle osseuse. On fait le grattage très superficiel à la curette, et on bourre de gaze iodoformée. On y introduit un drain long de 7 à 8 cent. pendant vers la cuisse. Bon état local le soir, elle a des vomissements chloroformiques.

9 *février*. On ne touche pas au pansement. La malade vomit encore. On ordonne de la pepsine.

10 *février*. On renouvelle le pansement. La plaie se trouve dans un très bon état, pas de suppuration, plus de vomissements.

12 *février*. — Elle va bien. Le soir elle se plaint de quelques élancements vers la plaie opératoire.

13 *février*. On enlève le pansement et les tampons iodoformés. La plaie est dans un bon état. On ne lave pas, et on refait le pansement à la gaze iodoformée.

14 *février*. La malade va bien.

15 *février*. Cette nuit la malade a un peu souffert. Pas de cause appréciable.

16 *février*. Elle va très bien, elle a bien dormi cette nuit.

20 *février*. On enlève le pansement. La plaie est très belle. On fait une injection d'éther iodoformé. La malade ressent des douleurs vives.

23 *février*. La malade ressent toujours des douleurs. On administre le soir l'hydrate de chloral 4 grammes.

24 *février*. Règles abondantes.

2 *mars*. La plaie est très réduite, elle granule franchement.

10 *mars*. La plaie est presque guérie, et n'offre plus de cul-de-sac.

16 *mars*. Retour de l'embonpoint. On supprime la gouttière.

17 *mars*. La malade n'a pas souffert.

18 *mars*. Demande à se lever.

20 *mars*. Elle se lève dans un fauteuil.

23 *mars*. La malade se lève bien avec des béquilles.

24 *mars*. Elle va au jardin,

26 *mars*. La plaie est presque cicatrisée. Il y a ankylose presque complète de la hanche.

4 *avril*. La malade se plaint de l'apparition d'un ongle incarné du *côté interne* du gros orteil gauche. On lui fait mettre de l'emplâtre de Vigo.

6 *avril*. M. Verneuil voit cet orteil (strumeux, syphilitique, lésion nerveuse provenant de la coxalgie ?). On applique de l'iodoforme. Il y a déchaussement de l'ongle du côté interne. Bourrelet non fongueux mais mollasse et violacé.

13 *avril*. Pansement au tartrate ferrico-potassique.

16 *avril*. La malade va bien. On applique l'onguent napolitain. Elle se lève.

22 *avril*. L'ongle va mieux. Les règles sont très abondantes.

27 *avril*. Le périonyxis est presque guéri. La malade sort dans le jardin toute la journée.

7 *mai*. Il reste un bourrelet à la partie interne du gros orteil et l'ulcération se reproduit.

9 *mai*. Ablation de l'ongle. On fait l'anesthésie avec le pulvérisateur Richardson.

10 *et* 16 *mai*. On fait le pansement de l'ongle. La malade se lève à partir du 12 mai. Rien de particulier. Excellent état général.

20 *mai*. Elle rentre chez elle guérie. Excellent état.

Revue à la fin de 1889 la malade présente un état local et général tout à fait satisfaisants.

b) *Du traitement préopératoire général*

Mais où la question devient plus difficile, c'est lorsqu'il s'agit d'instituer un traitement général. Quel sera-t-il, sous quelle forme sera-t-il administré, quels résultats donnera-t-il ; telle est la triple question qui se pose? De tout temps ou à peu près de tout temps les chirurgiens prudents ont dans le

cas d'urgence institué un traitement général préopératoire. N'est-ce pas en effet l'instituer que de mettre l'organisme en état de supporter le traumatisme opératoire par les reconstituants, l'alcool, le vin et le bon régime. N'est-ce pas déjà rendre l'organisme réfractaire à l'infection que de cultiver le terrain et le mettre dans de bonnes conditions de résistance. Supprimer la graine dans le foyer bacillaire, supprimer l'aptitude du terrain à la culture par le traitement pré-opératoire n'est-ce pas faire de la prophylaxie des complications, et quel est le chirurgien qui hors le cas de nécessité a opéré de parti pris un malade dans des conditions de misère physiologique avant d'avoir par un bon régime réparé ses forces et préservé ainsi l'avenir !

Dans quelques cas ce traitement général institué seul peut amener l'amélioration.

Observation 204. (Inédite). — *Adénopathie axillaire strumeuse. — Pas de tuberculose pulmonaire. — Amélioration par le traitement général sans intervention.*

V... A..., 30 ans, jardinière, entrée le 22 août 1888, service de M. Kirmisson, salle Lenoir, n° 6, hôpital Necker.

Antécédents héréditaires. — Elle n'a pas connu ses grands parents. Son père est mort il y a 18 ans, d'une ascite, à 60 ans; sa mère est morte asthmatique à 60 ans; elle a deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Elle s'est toujours bien portée, n'a eu aucune maladie, pas de syphilis. Elle a eu trois couches, la dernière remonte à 3 ans ; elles ont été bonnes. Elle est encore réglée, mais irrégulièrement, elle ne tousse pas et a de l'embonpoint.

Début de l'affection. — Il y a deux mois, elle s'aperçut par hasard en palpant, de l'existence d'une tumeur grosse comme une petite bille, indolente, dure. En un mois et demi, la tumeur acquit le volume actuel. La malade n'a point présenté de plaie de la main et les deux seins sont normaux.

Etat actuel. — Actuellement, on remarque que la paroi antérieure de l'aisselle du côté droit est soulevée d'une façon

notable; la peau n'a point changé de coloration; elle n'est ni rouge, ni tendue, ni douloureuse, ni adhérente aux parties profondes.

A la palpation on sent une masse empâtée, assez dure, du volume d'une petite orange qui s'étend de la paroi antérieure à la paroi postérieure de l'aisselle, en longeant le thorax et aboutit en avant au bord inférieur du grand pectoral où elle semble prendre quelques adhérences.

On y remarque quelques saillies et bosselures indurées qui correspondent à des ganglions hypertrophiés : il n'y a pas ramollissement de ces ganglions.

On ne peut trouver aucun point douloureux, par suite on peut éloigner l'idée d'une lésion costale; cependant la malade dit avoir ressenti un jour une douleur vive, mais après un travail forcé.

La peau est mobile; la tumeur est un peu adhérente aux parties profondes; la contraction du grand pectoral la fixe à la partie antérieure, mais on ne peut dire qu'elle soit adhérente au squelette, elle est de plus entièrement distincte de la mamelle.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel du côté des mouvements du bras ; aucun trouble circulatoire, ni de compression nerveuse.

L'auscultation du poumon ne révèle aucune lésion.

En arrière du sein, on remarque une cicatrice de la largeur de la pulpe de l'index, semblant résulter d'un anthrax.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire dans les autres régions. M. Kirmisson porte le diagnostic d'adénopathie strumeuse.

1^er^ *septembre.* — Il se produit au-devant du grand pectoral des traînées d'empâtement qui tendent à remonter vers la clavicule; un petit ganglion sus-claviculaire s'indure; on applique de la pommade à l'iodure de plomb, et on fait prendre 1 gramme d'iodure à l'intérieur par jour.

6 *septembre.* — Il n'y a pas d'amélioration. La masse ganglionnaire semble augmenter. Il n'y a pas de changement dans l'état général.

13 *septembre.* — On applique sur la masse ganglionnaire un emplâtre de Vigo.

17 *septembre*. — État stationnaire. Il y a plutôt augmentation de la masse.

23 *septembre*. — La tumeur a considérablement diminué principalement en ce qui concerne la masse prépectorale, et devient mobile sur les parties profondes. Elle n'est pas douloureuse.

24 *septembre*. — La malade quitte le service très améliorée, mais non guérie.

Observation 205 (inédite). (résumée) — *Ganglions multiples. — Impossibilité d'opérer. — Traitement général. — Amélioration.*

F..., C., âgé de 19 ans, garçon d'hôtel, entré le 13 janvier 1888, salle Broca, 25, service de M. Polaillon.

Antécédents. — Rien du côté des ascendants. Pas de scrofule. Pas de lésions pulmonaires.

Le malade est atteint de ganglions strumeux sterno-mastoïdiens, sous-maxillaires et du creux sus-claviculaire droit.

On constate une masse énorme, empâtée, qui n'a pas de tendance à la suppuration. Il n'y a pas d'intervention possible. A défaut d'autre traitement du 13 janvier au 2 février, on donne au malade de l'huile de foie de morue, et deux grammes d'iodure de potassium par jour.

On fait ensuite des applications locales de teinture d'iode.

29 *janvier*, les masses sous-maxillaires sont plus nettes et plus visibles. Les masses sterno-mastoïdiennes sont peut-être un peu moins volumineuses.

Le malade sort le 2 février avec une sensible amélioration de l'état local et continuera le traitement général chez lui.

Observation 206 (inédite) (résumée). — *Abcès froid costal. — Guérison spontanée coïncidant avec une amélioration de l'état général par changement de régime alimentaire.*

A. M..., passementière agée de 30 ans, entre le 10 octobre 1887 à la Pitié, dans le service du docteur Polaillon, salle Gerdy n° 15. Elle présente au-dessus du sein droit, à la partie supérieure du thorax, des abcès froids strumeux formant des fistules. Au bout de huit jours et sans intervention chirurgicale, les fistules se tarissent d'elles-mêmes. La malade quitte

l'hôpital le 19 octobre pour se rendre à la maison de convalescence du Vésinet.

Etonné de cette amélioration subite nous l'interrogeons et elle nous avoue être dans la plus profonde misère; depuis longtemps fatigues, privations; elle attribue sa guérison à la nourriture plus substantielle de l'hôpital. De fait elle était cachectique à l'entrée et a pris un peu d'embonpoint en huit jours.

N'est-ce pas encore un traitement postopératoire que de veiller à l'alimentation des opérés, de les soutenir par l'alcool, le café, les toniques! et pourquoi si la chose est possible ne pas faire intervenir la médication interne chez le tuberculeux au même titre que l'alimentation nécessaire à l'opéré puisqu'il y a une cause d'épuisement de plus à combattre? Le traitement général n'est donc point à discuter : il reste seulement à étudier dans quelles conditions et à l'aide de quels agents il doit être établi.

Nous ne reviendrons pas sur les discussions que nous avons déjà mentionnées à propos de la valeur anti-bacillaire de plusieurs corps médicamenteux. Disons que cliniquement deux agents surtout nous ont semblé agir efficacement, l'iodoforme et la créosote; ce dernier fréquemment employé par l'École du Val-de-Grâce donnerait, au dire de nos confrères de l'armée, des résultats merveilleux au double point de vue de l'embonpoint et de l'état stationnaire des phénomènes pulmonaires. Nous pensons qu'il y aurait quelque intérêt à reprendre ces expériences, à rechercher notamment à l'exemple des chirurgiens du Val-de-Grâce quels résultats donnerait cet agent administré par la voie hypodermique.

Quant à l'iodoforme qu'emploie notre maître sur une large échelle il peut être introduit dans l'organisme par plusieurs voies ; sans parler de la méthode hypodermique qui n'est pas usitée, les réactions caractéristiques de l'iode permettent de constater que la simple injection dans un abcès d'éther iodoformé, l'introduction au milieu de voies créées par le pus ou le drain de crayons iodoformés, suffisent

pour provoquer une imprégnation générale. Mais celle-ci est bien incomplète sans doute. Le malade a, il est vrai, « une réserve d'iodoforme à laquelle il puise au fur et à mesure du besoin », mais nous sommes loin d'arriver ainsi à la saturation désirée et que peut produire l'ingestion du médicament. Nous ne saurions insister sur les doses ; il a été administré à hautes doses 1 gramme par jour et plus et est rarement toléré longtemps : M. Verneuil prescrit des pilules et des cachets de 10 à 15 centigrammes dont il fait longtemps continuer l'usage.

Ce traitement préopératoire, ou plutôt ce traitement antituberculeux par l'iodoforme peut être toléré pendant une longue durée de temps. Quelques malades de M. Verneuil le suivent sans inconvénients depuis un an, deux ans et plus encore ; il faut de plus ne point attendre pour le prescrire qu'il soit trop tard et il est bien certain que plus la tuberculose est avancée moins il a de chances d'être efficace. C'est pendant des années qu'il faut donner l'iodoforme disons-nous. Est-ce donc autrement qu'on agit pour la syphilis lorsqu'on soumet le malade à l'iodure, est-ce autrement que M. le professeur Verneuil prescrit les préparations arsenicales aux cancéreux ? En somme pour qu'il soit bien institué, c'est-à-dire pour qu'il présente toutes les conditions nécessaires pour en assurer l'efficacité, le traitement par l'iodoforme doit satisfaire à trois desiderata :

1° Être institué de bonne heure ;

2 Être suivi avec persévérance,

3° Être administré à doses tolérables par l'organisme.

1° Ce traitement pour être efficace doit être institué de bonne heure comme le prouvent les observations suivantes :

Observation 207 (inédite). — *Arthrite tuberculeuse du genou. — Lésions pulmonaires. — Iodoforme à l'intérieur. — Lavages de l'articulation à l'éther iodoformé. — Mort rapide.*

H. G..., boulanger, entre le 2 juillet 1889, à la Pitié, dans le service de M. le Dr Verneuil, salle Michon, n° 33. Il est âgé

de 47 ans ; fils d'un père mort à 80 ans et d'une mère ayant succombé jeune à la suite d'un accouchement.

Lui-même se portait toujours bien jusqu'en 1886, époque à laquelle il fut atteint d'une bronchite qui depuis lors ne l'a pas quitté ; le malade continuant à tousser et à cracher, maigrit lentement et présente actuellement des *lésions pulmonaires très avancées*. Au milieu de mars 1889, début de douleurs des deux côtés de l'articulation du genou droit qui commença à gonfler et le força à s'aliter, mais voyant que son état empirait notre malade se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment, H... tousse un peu et transpire la nuit; les crachats sont rares mais caractéristiques de la tuberculose pulmonaire.

On constate du gonflement tout autour de l'articulation du genou droit; à la pression on constate une vraie fluctuation vers la partie interne du genou et un empâtement au bord externe. Il est douloureux à la pression et rend la marche très pénible. Somme toute, il y a un vaste épanchement dans le genou. On prescrit 0 gr. 10 d'iodoforme à l'intérieur.

Une première ponction est faite par moi le 17 juillet, je retire un demi-verre de pus, puis je lave, d'abord à l'eau phéniquée, ensuite à l'éther iodoformé, en même temps qu'on met le membre dans une gouttière. Mais, petit à petit, le liquide se reforme si bien que cela nécessite le 5 août une nouvelle aspiration, laquelle donne 80 grammes environ de pus : émaciation ; on place deux attelles latérales. A partir de ce moment l'état général du malade décline rapidement, il n'y a plus lieu d'intervenir. On le soutient à l'aide de tood et de vin de quinquina. C'est de la cachexie tuberculeuse. H... meurt le 19 septembre à 7 heures du matin.

Observation 208 (inédite) (résumée). — *Abcès ganglionnaire tuberculeux. — Tuberculose pulmonaire avancée. — Aggravation de l'état général. — Injections iodoformées. — Echec.*

C..., A., journalier, 41 ans, entré le 15 juin 1889, salle Michon, n° 50, service de M. Verneuil.

Le 15 juin 1889, le malade présente dans la région sous-maxillaire droite un abcès assez volumineux dont le début remonte à quinze jours. Lésions tuberculeuses nettes des sommets (3e degré).

Dents mauvaises, mais pas de douleurs.

L'examen du pus montre qu'il s'agit de tuberculose ganglionnaire, du reste les antécédents et l'état actuel du malade confirment ce diagnostic. En effet, le malade a eu une bronchite il y a cinq mois, et ressent une douleur dans le côté droit, avec dyspnée considérable, émaciation et tout le cortège des phénomènes aigus.

On lui fait deux piqûres d'éther iodoformé, il se forme une fistule par où s'écoule le pus. Pansement iodoformé. Les injections étant pratiquées le 25 et le 30 juin alors que l'état général du malade s'était aggravé restent inefficaces : les lésions pulmonaires s'aggravent et le 2 juillet 1889, il faut faire passer le malade en médecine.

C'est dans le même sens que plaide encore l'observation suivante :

Observation 209 (inédite) (résumée). — *Otite suppurée chez une strumeuse.— Iodoforme intus et extra.— Amélioration rapide.*

Le 14 février 1889 entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, n° 18, service de M. Verneuil, M... H., domestique, âgée de 20 ans. Elle ne présente pas d'antécédents morbides. Ses père et mère âgés l'un de 47 ans, l'autre de 42 ans sont tous deux bien portants, il en est de même de ses frères et sœurs au nombre de six. Quant à elle, elle prétend également être douée d'une bonne santé générale. Toutefois dans son enfance elle a eu des écoulements purulents par l'oreille et porte de plus des traces de ganglions suppurés.

En ce moment elle se plaint d'un écoulement d'une oreille durant depuis le 2 février, lui causant des douleurs céphaliques assez prononcées surtout dans la région auriculaire et frontale, douleurs plus accusées la nuit que le jour, mais n'occasionnant aucune surdité. Déjà elle a été soignée en ville, à Paris, à l'aide d'injections et de cataplasmes.

En dehors de cela Marie H... se porte bien et mange d'un bon appétit, elle n'a rien aux poumons.

15 février. On prescrit des injections à la glycérine iodoformée, et une potion contenant 0 gr. 10 centigr. d'iodoforme à prendre à l'intérieur.

Dès le 24 février l'écoulement diminue notablement et le 26 février la malade quitte l'hôpital pour continuer à appliquer le traitement chez elle jusqu'à complet arrêt de l'écoulement.

2° L'administration de l'iodoforme doit être longtemps continuée et peut alors donner des résultats surprenants.

Observation 210 (extraite du IVe fascicule des *Etudes sur la tuberculose*). — *Ulcération tuberculeuse de la langue. — Guérison par l'iodoforme intus et extra.*

E... G., 27 ans, ménagère, entre dans le service de M. le docteur Verneuil.

Antécédents héréditaires. — Mère rhumatisante, de forte constitution, morte à 60 ans. Père de la malade mort d'une affection de poitrine à 42 ans, après avoir été malade pendant près de deux ans. Sœur morte d'angine à 19 ans. Frère bien portant, enfin mari en bonne santé.

Antécédents personnels. La malade a eu les menstrues à 14 ans, et n'a souffert d'aucune maladie. Elle s'est mariée à 23 ans, et a eu deux enfants. Le premier, né il y a quatre ans, n'a vécu que quinze jours, le second, venu au monde il y a trois mois, est bien portant à l'heure actuelle, les couches ayant été excellentes. La malade n'a aucune trace de syphilis antérieure.

Il y a deux ans, sans cause connue, il apparaît une très légère érosion sur le bord gauche de la langue; érosion fort douloureuse, qui guérit spontanément. Six mois après cette érosion, il en apparaît une autre semblable, à droite, et au même point. Egalement douloureuse, mais par intervalles, elle s'étend rapidement. Un médecin prescrit des gargarismes avec l'eau de Vichy et l'iodure de potassium, qui est continué pendant deux mois. Ils donnent de bons résultats; à l'Hôtel-Dieu, on prescrit le sirop de Gibert, et les gargarismes à l'eau de guimauve. Le traitement est également continué pendant deux mois, puis suspendu, la deuxième grossesse étant survenue. A ce moment la langue est très sensible et les douleurs sont lancinantes, surtout à l'époque des règles.

La malade entre à la Pitié *le* 22 *mars* 1889. On constate alors sur le bord droit de la langue une ulcération longue de 6 centimètres environ, peu profonde, à bords déchiquetés, mais bien limités, avec quelques saillies mamelonnées, et papilliformes à son fond qui est rouge. Autour de l'ulcération on remarque des petits points du volume d'un grain de semoule, jaunâtre, fort analogues au semis tuberculeux, décrit par Trélat. La base sur laquelle repose l'ulcération est dure,

le fond, granuleux par places, n'est point saignant. Le reste de la langue est à peu près sain. La muqueuse toutefois est rouge et paraît fendillée, en raison de l'hypertrophie des papilles. Les mouvements de l'organe sont pénibles. De la sensibilité au toucher exagérée.

Auscultation des poumons. En avant, les bords sont normaux; mais en arrière et à gauche, la respiration moins pure qu'à l'état normal, est rude et saccadée, sans râles bien nets. A droite, au-dessous de l'aisselle, dans la ligne axillaire jusqu'à la base, on trouve des traces de pleurésie sèche. Il y a de la toux qui revient par petites quintes .... reste sans expectorations et qui au niveau de la poitrine existerait déjà depuis plusieurs années. La malade n'a jamais eu d'hémoptysie.

Anorexie, digestions languissantes et constipation habituelle. Le cœur est normal. Les reins fonctionnent régulièrement; un peu de leucorrhée; traits fatigués; faiblesse générale; moral inquiet.

Au cou à droite, on remarque une chaîne ganglionnaire au niveau du bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien. Rien dans la région sous-maxillaire.

Après un interrogatoire attentif, M. Verneuil rejette l'idée de syphilis et d'épithélioma, et conclut à l'existence d'une ulcération tuberculeuse de la langue. Plusieurs chirurgiens, entre autres M. Ricard, portent le même diagnostic. Celui-ci ne tarde pas à être confirmé par l'inoculation à un cobaye, qui présente douze jours après d'abondants foyers tuberculeux abdominaux.

L'étendue du mal, sa longue durée, la douleur qu'il occasionnait, la gêne qu'il apportait à la mastication et à l'action de parler, et enfin l'utilité qu'il y avait à supprimer le plus vite possible ce foyer menaçant, firent d'abord songer à une extirpation, qui d'ailleurs, n'aurait offert ni difficulté ni danger. Mais alors même qu'on aurait adopté cette mesure radicale, on commença par administrer à l'intérieur l'iodoforme à la dose de 10 centigrammes par jour, à l'exclusion de tout autre traitement, et à titre de préparation anté-opératoire. Or, huit jours après, une amélioration sensible s'était déjà manifestée; la muqueuse linguale était moins rouge et plus lisse, les mouvements moins gênés, le fond de l'ulcération détergé et plus élevé; la malade elle-même se déclarait très soulagée.

En conséquence, on ajourne l'opération et on prescrit les

calmants, les badigeonnages avec la glycérine iodoformée ; la malade demande à rentrer chez elle, promettant de se soigner rigoureusement et de revenir fréquemment à notre visite. Nous la revoyons le 19 avril. L'amélioration constatée à la sortie ne s'est pas démentie, mais n'a pas fait de progrès très notables. Cependant de quinze en quinze jours, nous constatons que la guérison pour marcher lentement, ne s'en effectue pas moins. L'état général surtout est remarquablement restauré. La fraîcheur est revenue, et les formes rétablies ; l'appétit est bon et le poids du corps s'est accru de plusieurs kilogs. La toux avait presque cessé. La chaîne ganglionnaire du cou était beaucoup moins visible.

A la fin d'août, l'ulcération avait diminué de moitié, dans toutes ses dimensions, elle s'était surtout nivelée et plusieurs points de son centre s'étaient même recouverts d'épithélium; çà et là pourtant, sur les extrémités, elle présentait encore des saillies irrégulières, papilliformes, finement vasculaires et sensibles au contact.

Tout en continuant l'iodoforme, qui était parfaitement toléré, on substitua à la glycérine l'acide lactique étendu de moitié d'eau et déposé sur la surface malade avec la pointe d'un pinceau. Ces applications furent d'abord faites tous les deux jours, puis à des intervalles plus éloignés, et comme elles étaient douloureuses la malade fut autorisée à augmenter la quantité d'eau. Sous leur influence, on voyait se détacher de temps à autre de la surface de l'ulcération de petites masses du volume d'une tête d'épingle que le microscope reconnaissait sans peine être tuberculeuses.

Le 30 *septembre*. L'ulcération semble guérie, mais la cicatrice est encore très mince, un peu inégale et parfois douloureuse. On continue l'iodoforme à l'intérieur à la dose de 5 centigrammes, et quelques rares attouchements avec de l'acide lactique.

Le 23 *octobre*. L'ulcération s'est superficiellement recouverte dans une petite étendue, quelques saillies papilliformes se sont reformées à l'extrémité voisine de la pointe de la langue. On propose à la malade de les exciser en engourdissant au préalable la région avec la cocaïne. Elle préfère revenir aux applications plus fréquentes d'acide lactique, en solution plus concentrée.

Le résultat est bon, car le 8 *novembre*, la guérison paraît complète. Le mal n'a pas laissé d'autres traces qu'une perte de substance peu profonde, mais presque aussi étendue qu'à l'époque où l'ulcération avait été vue pour la première fois. C'est qu'en effet la cicatrice se comportait comme celle du chancre mou et des écrouelles continues, et elle ne s'était ni rétrécie ni comblée à l'aide des bourgeons charnus.

Au reste, la langue a repris toute sa mobilité et n'est plus douloureuse qu'au moment des règles, où se manifeste une sensation plus ou moins forte de cuisson ou de brûlure.

A la fin de l'année, la santé générale ne laisse rien à désirer. La toux persiste, mais rare, partant de la gorge. Elle est sans expectoration. La percussion et l'auscultation ne révèlent plus l'existence de lésions pulmonaires. Les ganglions du cou se retrouvent à peine. La mine est florissante et l'embonpoint satisfaisant.

La malade vient se faire examiner à la fin des mois de *janvier et février*.....

La petite toux gutturale persiste, mais elle est causée sans doute par une légère pharyngite granuleuse. On ordonne le bromure de potassium, puis le soir..... l'iodoforme à la dose de 5 centigrammes. Ce traitement sera continué pendant six mois sinon davantage.

M. Verneuil entretenant à diverses reprises ses élèves de ce cas intéressant a mis surtout en relief les points suivants.

a) Comme pour un grand nombre de tuberculoses chirurgicales, il est très malaisé de savoir... quand et par où le mal a fait son entrée. Le père de la malade ayant été vraisemblablement phtisique l'hérédité peut être invoquée, mais d'autre part la malade dont la langue n'est affectée que depuis trois ans, affirme qu'elle avait antérieurement une petite toux sèche, comme celle qui persiste aujourd'hui, et qui a probablement pour cause une lésion de la plèvre, ancienne mais encore reconnaissable à la base du poumon droit ; en ce cas on retrouverait une fois de plus cette insidieuse pleurésie, qui marque si souvent, mais à si petits bruits l'invasion tuberculeuse. Quant à l'adénopathie cervicale et

aux signes suspects notés au sommet du poumon gauche, ils sont peut-être venus après l'ulcération linguale.

b) Bien qu'à son entrée à l'hôpital en mars 1889, la malade fût affaiblie, amaigrie et souffrante et qu'elle portât en différents points du corps des foyers multiples, attestant une généralisation manifeste, elle était bien mieux portante que la plupart des sujets atteints de tuberculose linguale, durant au moins depuis 18 mois. On sait en effet que cette localisation très rarement précoce et primitive, coïncide d'ordinaire avec la phtisie plus ou moins avancée ; que son pronostic est grave et que sa guérison est difficile.

Or chez notre malade, à la première réquisition, pour ainsi dire, d'un traitement fort simple, le mal s'amenda puis finit par guérir en quelques mois, en même temps que les autres manifestations disparaissaient et que la santé générale redevenait excellente.

De tout ceci, il faut conclure ou à la bénignité de la tuberculose, en ce cas, ou à la puissance du traitement mis en usage. La première supposition est admissible, puisque après plusieurs années d'invasion — si nous comptons à partir de la pleurésie — et au moins deux ans, si nous faisons dater l'infection de la première ulcération linguale, les désordres n'étaient pas encore considérables. Mais la seconde hypothèse est encore plus soutenable, tant l'action médicamenteuse a été promptement efficace.

c) Le traitement a été à la fois local et interne : on a fait d'abord des attouchements avec la glycérine iodoformée, qui a agi favorablement, mais l'acide lactique a été certainement plus efficace ; son emploi d'ailleurs est très facile, et le seul reproche qu'on lui pouvait adresser, est de provoquer une douleur, d'ailleurs supportable.

Mais l'agent curatif principal a été incontestablement l'iodoforme pris à l'intérieur à la dose quotidienne de 10 centigrammes, pendant les premiers mois, de 5 centigrammes le

reste du temps. A ces doses, on le conçoit, le médicament est parfaitement toléré, et peut être indéfiniment continué.

Depuis longtemps déjà, au moins pour la tuberculose chirurgicale, M. Verneuil considère l'iodoforme comme le meilleur médicament que nous possédions, mais à la condition d'être ingéré à petites doses, et pendant des années entières s'il le faut, ce dont on doit prévenir les malades dès le début du traitement.

Cette pratique a tous les avantages : elle dispense à peu près complètement de cette polypharmacie coûteuse qu'on impose aux tuberculeux; elle est accessible à toutes les bourses, puisque la dose utile ne dépasse pas 10 centimes par jour, — condition bien importante dans une maladie qui frappe si cruellement les pauvres gens, et parfois plusieurs membres d'une même famille; elle ne prend pas plus d'une minute par jour, autre condition précieuse pour les travailleurs, et n'impose au malade aucune servitude autre que la PERSÉVÉRANCE.

On a beaucoup discuté et l'on ne s'entend pas encore sur la valeur thérapeutique de l'iodoforme, dans la tuberculose.

D'après mon expérience, c'est un médicament très précieux, à la condition d'être administré :

1° Le plus tôt possible;

2° Dans les cas heureusement fréquents, où les lésions ne sont pas encore trop avancées;

3° A des doses telles, qu'elles soient facilement tolérées;

4° Pendant un temps indéfini, semestres ou années au besoin.

Je pourrais citer plus d'un cas de tuberculose chirurgicale, dans lesquels l'iodoforme, qui avait arrêté la marche du mal et guéri les lésions locales, ayant été supprimé trop tôt, les accidents ont promptement reparu. (Voir observ. 213 et suiv.)

Ce qu'on peut résumer dans la formule suivante : PRÉCOCITÉ, TOLÉRANCE, PERSÉVÉRANCE. (VERNEUIL) (1).

(1) Extrait des *Etudes sur la tuberculose*, IV^e^ fascicule.

Après cette belle observation nous publierons les observations qui conduisent à la même conclusion par une voie opposée.

Observation 211 (inédite) — *Ganglions strumeux du cou. — Pas de tuberculose pulmonaire. — Echec du traitement par les injections iodoformées que la malade se refuse à suivre longtemps.*

R...M., âgée de 29 ans, cuisinière, entrée le 12 mars 1889, salle Lisfranc, lit n°26, service du professeur Verneuil.

Antécédents héréditaires. Son père, bien portant, est actuellement âgé de 65 ans. Sa mère est morte à 63 ans après avoir été malade pendant dix ans ; la malade ne sait à quelle affection elle a succombé. La mère de la malade a eu dix enfants ; cinq d'entre eux sont morts. Parmi ces derniers, trois sont décédés après avoir vécu à peine quelques semaines, une petite fille est morte à l'âge de deux ans, et une autre à l'âge de six ans. Les cinq autres enfants sont actuellement bien portants.

Antécédents personnels. La malade a été réglée à l'âge de 15 ans et depuis lors elle a toujours eu ses règles très régulièrement. A l'âge de 17 ans, elle a eu un enfant dont l'accouchement a eu lieu dans de bonnes conditions. Cet enfant est bien portant. La malade avait eu la rougeole à l'âge de 7 ans et à l'âge de 9 ans elle a eu la jaunisse pendant trois semaines. Il y a cinq ans la malade a eu la fièvre typhoïde; il y a trois ans,elle a été atteinte d'une forte angine accompagnée de fièvre qui l'a retenue pendant trois semaines à l'Hôtel-Dieu.

Il y a quatre mois, elle a remarqué le développement au cou d'une petite glande qui augmenta peu à peu de volume; il y a trois semaines, elle est venue consulter à l'Hôtel-Dieu : on lui a donné comme traitement de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium ; elle a suivi ce traitement pendant quinze jours mais sans amélioration sensible dans son état.

A son entrée, on constate à gauche, au niveau du bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien, une tumeur dure, adhérente et des dimensions d'une pièce de 5 francs. Cette tumeur n'est pas unie mais un peu bosselée ; non loin d'elle, on sent un ganglion tuméfié qui est également dur. A droite et au même niveau, vers la partie supérieure du bord postérieur

du sterno-cleido-mastoïdien, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une petite noisette.

La malade actuellement ne tousse pas et ne crache pas non plus ; elle ne présente pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Elle présente tous les symptômes d'un éthylisme très prononcé (cauchemars, tremblements, pituites le matin, etc.) : elle prenait à jeun un vulnéraire et dans la journée des liqueurs et du vin ; elle absorbait chaque jour une notable quantité de ces boissons alcooliques.

Les poumons sont sains.

Le foie légèrement augmenté de volume dépasse actuellement les fausses côtes de deux centimètres environ.

La malade digère facilement les aliments qu'elle prend, mais elle a de l'inappétence.

Le cœur ne présente aucune lésion.

On trouve dans *les urines* beaucoup d'albumine et d'acide urique.

La malade suit actuellement le traitement suivant :

Poudre d'iodoforme ; 10 centigrammes par jour.

16 *mars*. — Injection d'éther iodoformé.

Deux cuillerées à bouche d'huile de foie de morue.

20 *mars*. — Injections d'éther iodoformé. Elle sort le 20 mars sans amélioration, les injections iodoformées ayant été trop peu nombreuses et étant de date trop récente.

Observation 212 (inédite) (résumée) — *Ganglions tuberculeux suppurés du cou.*

M... P., 25 ans, garçon de restaurant, entré le 30 mai 1880, salle Michon, n° 55 *bis*, service de M. Verneuil.

Antécédents. — Nuls.

Dans le courant de juin, on fait à des intervalles irréguliers des injections d'éther iodoformé.

Il se produit une amélioration dans son état, mais il ne veut pas attendre la guérison et il sort le 2 juillet avec des masses ganglionnaires du cou ; il y a amélioration seulement.

CHAPITRE V

Nécessité du traitement postopératoire démontrée par l'expérimentation et les faits cliniques

Dans ses expériences sur les animaux, M. Gosselin, dont les expériences paraissent remarquables et seront, nous espérons, confirmées par l'auteur et ses contradicteurs, a employé la voie hypodermique.

Nous avons déjà vu les excellents résultats qu'il avait obtenus principalement en faisant absorber par cette voie l'éther iodoformé aux animaux mis en expérience. « Il nous semble, conclue-t-il, que ces résultats méritent la plus grande attention : ils démontrent d'une façon indiscutable que sous l'influence de l'iodoforme les bacilles n'évoluent pas.

Nous disons évoluer, car si on cesse le traitement, la tuberculose se développe et entraîne rapidement la mort. Un exemple ; on cesse les injections à un lapin qui est au 90e jour, il meurt tuberculeux 35 jours après. Un autre succomba 43 jours après la suppression de l'iodoforme; il était cependant au 104e jour de son traitement. Les bacilles ne sont donc pas tués. Ils peuvent rester stériles pendant plusieurs mois et reprendre tout à coup leur vitalité. Il nous est impossible de fixer dès aujourd'hui le temps pendant lequel on peut rendre les bacilles inoffensifs, mais nous le saurons bientôt.

Si au lieu de donner l'iodoforme après l'inoculation, on attend 15 jours par exemple, l'effet est souvent le même, c'est-à-dire que si la tuberculose n'existe que sous forme de granula-

tions jeunes, l'évolution bacillaire est arrêtée. Nous avons répété deux fois l'expérience suivante : on inocule 2 lapins ou 2 cobayes le même jour et dans les mêmes conditions : au bout de 10 ou 12 jours on en sacrifie un, l'autopsie révèle des granulations tuberculeuses ; on peut admettre que l'autre lapin est dans le même cas (?) alors on le soumet à l'iodoforme et on arrive à le conserver vivant. Nous en avons 2 dans notre laboratoire qui ont été inoculés ainsi il y a 3 mois. Comme précédemment, si on supprime l'iodoforme la mort arrive rapidement.....

Conclusions à tirer :

A. Si après avoir soumis un lapin à l'usage quotidien de l'iodoforme on le supprime en même temps qu'on pratique une inoculation tuberculeuse, la tuberculose suit sa marche normale, peut-être est-elle un peu retardée. L'iodoforme ne modifie donc pas l'organisme d'une façon durable : pour arrêter l'évolution bacillaire il faut que les tissus en soient imprégnés dans une certaine mesure.

L'iodoforme est éliminé rapidement ; quelques jours après qu'on a cessés on emploi, on n'en trouve plus trace. (V. p. 541.)

B. Si au lieu d'essayer un traitement prophylactique, on donne seulement l'iodoforme à partir de l'inoculation tuberculeuse, on arrête — c'est du moins ce que nous avons toujours vu — l'évolution des bacilles ; ils restent à l'état latent pour ne reprendre leur vitalité qu'après la cessation du traitement.

C. Il en est de même si l'iodoforme est employé à une période peu avancée quand les granulations sont encore à l'état cru. Plus tard on n'obtient rien. »

Nous voyons là une confirmation de la théorie émise par notre maître M. Verneuil, sur le microbisme latent et le microbisme patent.

En sortant du domaine de l'expérimentation pour entrer dans celui de la clinique, nous trouvons de nombreux exem-

ples qui reproduisent chez l'homme ces alternatives d'amélioration ou d'aggravation. Le plus souvent, c'est le malade lui-même qui insouciant ou inconscient fait l'expérience, trop souvent à ses dépens et supprime le traitement institué. Les observations suivantes nous montrent ce qu'il en advient.

Les exemples de réveil de la diathèse après cessation du traitement abondent ; déjà démontrées par les expériences de Gosselin de Caen, elles trouvent une confirmation clinique dans le fait de ce jeune malade de M. Verneuil, qui subit la castration et suit un traitement postopératoire : il va bien, mais se croit guéri, cesse le traitement et voit immédiatement la tuberculose apparaître dans l'autre testicule.

Ces exemples sont d'ailleurs fréquents : un malade de notre service avait présenté il y a quatre ans, une petite plaque de tuberculose superficielle du dos du pied. On en fait l'ablation : il y a récidive locale avec propagation aux os ; on fait l'évidement ; nouvelle récidive et il y a ostéoarthrite grave à la suite d'une intervention : il est réduit à consentir au sacrifice de la jambe, suit exactement le traitement iodoformé et se porte depuis à merveille. Mais il revient à l'hôpital : il a beaucoup maigri, et vient d'avoir une hémoptysie inquiétante. Nous en cherchons la cause : or faute de travail et d'argent, il a cessé son traitement depuis trois mois : il ne suffit pas, concluait M. Verneuil dans sa clinique du 17 juin 1889, de supprimer un foyer local : il faut encore y ajouter le traitement pré et postopératoire.

Notre ami M. Ricard, communiquait à M. Verneuil un cas intéressant, qui trouva place dans une clinique du 18 février 1889 et qui doit encore être rapproché de ces faits. Il s'agit d'un pharmacien atteint d'épididymite tuberculeuse. Un chirurgien de province l'engagea à se faire opérer et on pratiqua la castration en province, en décembre 1888 ; puis il vint à Paris et depuis ce temps se soumit au traitement postopératoire par l'iodoforme : l'état de santé resta

satisfaisant. Il y a huit jours, il suspend le traitement : y a-t-il eu excès vénérien, le malade le nie formellement ; toujours est-il qu'il est atteint d'une deuxième orchite tuberculeuse. On dira qu'il y a coïncidence : la chose serait possible si ce fait était isolé, mais il entre en série avec tant d'autres qu'une pareille objection devient moins sérieuse. N'y a-t-il pas là une sorte de répétitiou clinique des expériences de Gosselin qui administre à ses animaux de l'iodoforme et les inocule : le lapin qui devient tuberculeux d'ordinaire entre 35 à 40 jours ne l'est pas sous l'influence du traitement au 60e, au 70e jour. Si on cesse l'iodoforme, l'inoculation devient positive.

« Le fait est d'autant plus grave, ajoute notre maître, que le malade menace de se suicider si le deuxième testicule est devenu tuberculeux : il n'y a donc pas lieu de songer à la castration que M. Verneuil regrette au moment de la première atteinte ; il vaut mieux recourir à la thermo-cautérisation interstitielle et à l'introduction de crayons iodoformés dans les trajets artificiellement créés. C'est ainsi d'ailleurs que se comporta Cusco envers un malade de Lariboisière, qui castré une première fois menaça de se suicider si on intervenait de nouveau. »

Observation 213 (inédite). — *Mal de Pott. — Antécédents héréditaires tuberculeux. — Injections iodoformées. — Amélioration. — Absence de traitement consécutif. — Récidive locale. — Aggravation de l'état général.*

J... F., 43 ans, marié, maçon, entré le 31 décembre, service de M. Verneuil, salle Saint-Landry, n° 11.

Antécédents héréditaires. — Le malade a encore son père qui est bien portant et a 86 ans, sa mère est morte à 42 ans d'une maladie de poitrine. Il a eu trois frères et deux sœurs, deux de ses frères sont bien portants, le troisième est mort d'accident et peut-être d'une méningite, sans doute tuberculeuse, sa sœur aînée est morte tuberculeuse. Elle a eu deux

enfants dont un est mort d'accident ; l'autre est bien portant. Son autre sœur est actuellement bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade a quitté la campagne à l'âge de 13 ans. Il n'a jamais eu de gourmes ni de glandes, d'abcès ganglionnaire ni testiculaire. Il a joui d'une excellente santé jusqu'en 1887, et a habité sept ans l'Afrique autrefois, comme soldat.

Début de l'affection. — Il y a deux ans qu'il a commencé à ressentir dans la ceinture des douleurs irradiées aux jambes. On le traite pour des rhumatismes; on lui met des pointes de feu, des ventouses scarifiées, on lui fait prendre de l'antipyrine, et on applique de la teinture d'iode. Il continue son travail jusqu'en *décembre* 1889.

A cette époque il est atteint d'un abcès lombaire qui, en un mois, a atteint le volume d'un œuf. Son état général ne s'est pas aggravé notablement et il n'a jamais craché de sang. Il ne tousse pas, mais il a eu un peu de fièvre vespérale, et des sueurs nocturnes. Il n'a pas maigri beaucoup avant d'entrer à l'hôpital.

On fait deux ponctions avec l'appareil de Dieulafoy, et on fait une injection d'éther iodoformé.

A sa sortie de l'hôpital, l'abcès est affaissé et n'est plus fluctuant.

Depuis qu'il a quitté l'hôpital, le malade n'a pas repris son travail. Depuis trois semaines, il est moins bien portant et il a maigri : il a subi quelques privations.

Je le revois le 6 *mars*. L'état général est moins bon. A l'auscultation on n'entend pas de lésions pulmonaires proprement dites, bien que la respiration ne soit pas très nette. Quant à l'abcès, il a récidivé et atteint le volume d'une orange, il est nettement fluctuant.

Ce malade n'a jamais pris d'iodoforme.

Je le revois le 10 *mars* et j'introduis dans la cavité des crayons iodoformés.

Observation 214. (Inédite). — *Abcès ischio-rectal chez un tuberculeux. — Traitement pré-opératoire. — Amélioration. — Opération. — Succès opératoire. — Cessation du traitement. — Récidive. — Aggravation de l'état général.*

V..., 38 ans, tôlier, entré le 3 janvier 1890, salle Saint-Landry, n° 13, Hôtel-Dieu, service de M. Verneuil.

Le malade présente des signes très nets de tuberculose pulmonaire; il est amaigri, sueurs nocturnes abondantes.

A son arrivée à l'hôpital, il présente une collection nettement limitée, siégeant de la pointe du coccyx à l'anus.

Jugeant que la collection n'est pas suffisamment suppurée (le toucher rectal le fait reconnaître, nulle part il n'y a de communication avec l'intestin), M. Ricard prescrit des injections d'éther iodoformé à travers la peau; on en fait une ou deux qui sont assez douloureuses. On prescrit 10 centigrammes d'iodoforme par jour et le malade les prend régulièrement, l'état général s'améliore.

Le 5 *janvier*, il y a une collection fluctuante très nette, et M. Ricard fait une incision, il en sort une grande quantité de pus extrêmement fétide. On fait un large lavage phéniqué, on place un drain et on fait un pansement iodoformé.

Le 10 *janvier*, toute la poche ischio-rectale, vraisemblablement énorme, est recollée, et les deux lèvres de l'incision sont réunies.

M. Ricard attribue cette guérison à la stérilisation du foyer.

Le malade sort; mais il rentre huit jours après; l'abcès s'est en effet rouvert et suppure de nouveau; en outre, l'état général du malade est mauvais.

Il est de nouveau admis dans les salles où la suppuration continue. Emaciation, toux, crachats, râles nombreux, le malade n'a pas suivi le traitement iodoformé au dehors.

Quel enseignement résulte de tout ceci : c'est que nous devons obvier à ces accidents, soit en ralentissant l'élimination de l'iodoforme, soit en continuant son usage, c'est-à-dire en instituant le traitement postopératoire.

On peut répondre à la première indication en laissant à demeure dans les foyers opératoires une certaine quantité d'iodoforme; on sait d'ailleurs que la poudre d'iodoforme ne saurait nuire à la réunion par première intention, et d'autre part les cas où l'on est surtout obligé d'intervenir ne sont-ils pas encore ceux où les fongosités, où les tubercules caséeux laissent le moins de chances de réussite possible à cette réunion. Nous avons vu souvent nos maîtres agir ainsi.

Après l'opération du testicule tuberculeux par les pointes de feu profondes, M. Verneuil laisse volontiers à demeure des crayons iodoformés dans les trajets qu'il a créés ; nous avons vu souvent le même maître et son élève Ricard insuffler de la poudre d'iodoforme au niveau même d'un foyer de résection et obtenir ainsi une belle réunion ; enfin les trajets fistuleux sont fréquemment traités par l'éther iodoformé et par les cylindres de poudre d'iodoforme et tous ces malades présentent la réaction caractéristique des urines pendant une assez longue période.

M. Verneuil ne craint pas d'affirmer que le traitement postopératoire est au moins aussi, sinon plus indispensable que le traitement préopératoire. Le premier évite la catastrophe rapide ; le second peut ajourner la récidive et permettre le rétablissement général ou le maintien du *statu quo*.

Il y aurait quelque intérêt à ce que l'iodoforme ainsi mis au contact des parois d'un foyer tuberculeux, non seulement y fût absorbé, mais encore y fût lentement absorbé, en sorte que suivant une expression familière le malade puisât à la provision au fur et à mesure du besoin. Est-ce ce qui se passe en réalité : il doit sans doute y avoir au niveau du foyer, suivant la nature de ce foyer, suivant aussi la nature de sa paroi des conditions différentes d'absorption. Déjà l'on sait que les injections d'éther iodoformé sont en général beaucoup plus rapidement absorbées que les autres préparations, et il serait également intéressant de rechercher dans quelles limites est absorbé l'iodoforme au niveau du foyer tuberculeux. La réaction caractéristique des urines en dehors de toute ingestion du médicament ne permettant pas de nier cette absorption, il nous resterait à savoir combien de temps cette absorption demande pour être complète. Des recherches ont dû sans doute être instituées dans ce sens. Nous ne les connaissons pas : nous avons pu cependant dans un cas observer que cette absorption devait être plus rapide qu'on n'était tenté de

le supposer ; voici le résumé de cette observation : « Au moment de notre arrivée à l'Hôtel-Dieu, A..., âgé de 20 ans est couché au lit n° 28 de la petite salle St-Landry. Le malade depuis longtemps entré dans le service est atteint de coxalgie droite avec semi-ankylose. L'état général est très mauvais. Toux, crachats, hémoptysies, phénomènes cavitaires à l'auscultation. Le malade est laissé quelque temps sans traitement puis il est soumis tardivement aux préparations iodoformées. En même temps le malade est porteur d'un large abcès de la face externe de la cuisse, nettement fluctuant et du volume d'une orange environ. Je fais une première ponction suivie d'une injection d'éther iodoformé, puis quinze jours après une seconde injection. Mais l'état général du malade déjà très mauvais s'aggrave encore : la toux et l'expectoration augmentent, l'émaciation est extrême (et ce fait joue peut-être un rôle dans la rapide absorption de l'iodoforme), et enfin il meurt en cachexie tuberculeuse un mois et demi après la première ponction et par suite un mois après la dernière injection iodoformée. Nous pratiquons l'autopsie et nous recherchons la réaction caractéristique de l'iodoforme, réaction sensible au maximum de l'iodure d'amidon et nous faisons la contre-épreuve par le chloroforme. Nous examinons ainsi : 1° les urines ; 2° les parois et le contenu de l'abcès. Or la réaction est affirmative dans le premier liquide, ce qui ne doit nullement nous étonner puisque le malade était soumis à l'iodoforme à l'intérieur, mais le contenu et les parois de l'abcès ne contiennent plus trace d'iodoforme. » Depuis quand a-t-il disparu, nous ne saurions le dire et nous nous promettons de faire quelques recherches à cet égard.

Ainsi que le fait remarquer avec raison M. Verneuil, les brillants et incontestables résultats de la chirurgie actuelle ont porté quelques opérateurs à négliger trop facilement les suites des opérations ; « le rideau s'est levé avec la prise du bistouri,

il se baisse avec l'ablation de la dernière bande, et le malade est déclaré guéri. »

Aussi à l'exemple de notre maître en avons-nous vu de ces malades guéris dont la suture éclatait au jour de la sortie et dont les fistules donnaient une suppuration abondante, enfin dont les poumons étaient dans l'état le plus lamentable; l'œuvre du chirurgien était finie et celle du médecin commençait !

M. Verneuil fait encore une remarque très juste : « Souvent avant l'opération, le patient était soumis à un traitement pharmaceutique plus ou moins complet et spécifique, que l'on supprime le jour où il va subir l'action chirurgicale sans y revenir dans la suite ; car on ne songe guère à prescrire des médicaments qui semblent désormais inutiles devant un succès opératoire complet. »

« Quand les choses vont moins bien, dit-il ailleurs — (*Etudes sur la tuberculose,* 1er volume page 665), ce qui n'est pas rare, lorsque la réunion manque partiellement, que les orifices des drains restent fistuleux, que le travail réparateur languit, s'arrête ou rétrograde, que les points non cicatrisés reprennent l'aspect caractéristique des ulcères tuberculeux, que les symptômes dyscrasiques momentanément suspendus par l'acte chirurgical ou dissimulés dans la crise traumatique reparaissent sur la scène, — alors on songe à reconstituer la médication locale et générale anti-tuberculeuse, mais souvent on échoue comme on avait échoué avant l'opération, parce qu'on se retrouve encore en présence d'un état morbide double, composé d'une lésion locale entretenue par une maladie générale; parce que l'homme qui était tuberculeux hier et que vous avez opéré aujourd'hui restera tuberculeux demain, et dès lors, tout aussi exposé qu'un autre tuberculeux à présenter des manifestations tuberculeuses nouvelles, soit au point opéré, qui continue à être un lieu de moindre résistance, soit dans un organe quelconque jusque-

là sain ou plus ou moins sérieusement menacé. Que font alors les opérateurs ? Ils reprennent leurs instruments et opèrent la lésion persistante ou la récidive comme ils avaient opéré la lésion initiale. Si l'acte opératoire est plus radical, si le couteau dépasse les limites de la zone suspecte, ce qui arrive par exemple quand on ampute dans la continuité après une résection non réussie, on peut obtenir encore un succès opératoire local brillant et signer même une sorte de trève avec la maladie constitutionnelle; mais si cette fois encore on ne songe qu'au présent et non à l'avenir, si on chante prématurément victoire, si on n'institue pas le traitement post-opératoire véritable, c'est-à-dire anti-diathésique, on voit au bout de quelques semaines, quelques mois ou quelques années l'ancien opéré guéri localement, revenir avec une nouvelle affection chirurgicale généralement plus grave et plus profonde ou avec quelque lésion viscérale, au premier rang desquelles se place la phtisie pulmonaire. »

A l'appui de sa démonstration, M. Verneuil invoque deux observations où il démontre l'efficacité de ce traitement préopératoire.

Observation I (XVIII). — Coxalgie suppurée avec déviation du membre. Redressement combiné à l'injection d'éther iodoformé. Iodoforme à l'intérieur. Amélioration considérable de l'état général. Excellent résultat.

Obs. II (XIX). — Ostéite tuberculeuse du premier métatarsien à la suite d'une contusion. Gommes tuberculeuses de la région trochantérienne. Abcès froids de la face dorsale de l'avant-bras, de la jambe, de la région du tendon d'Achille. Hémoptysie récente. Toux. Phénomènes stéthoscopiques. Traitement par l'iodoforme intus et extra avant l'intervention chirurgicale. Débridement des foyers caséeux. Plusieurs opérations complémentaires. Aucun accident. Guérison presque complète.

Certes nous nous attendons à ce qu'on objectera que deux observations sont insuffisantes pour établir un fait d'une telle importance, mais le dossier incomplet à cette époque du trai-

tement pré et post-opératoire s'est de beaucoup enrichi depuis, et sans emprunter nous trouvons dans nos observations un nombre de notes suffisant pour entraîner la conviction. Et que l'on remarque bien d'ailleurs qu'elles ne sont nullement une exception. Elles sont pour la plupart tirées de la pratique de M. Verneuil et nous avons déjà fait remarquer dans le cours de ce travail que malgré le nombre important d'opérations que nous lui avons vu pratiquer pour tuberculoses localisées nous n'avons pas eu à mentionner de catastrophes opératoires et qu'il y avait là plus qu'une coïncidence.

Et d'ailleurs l'auteur, exposant les résultats de sa pratique, affirme avoir vu mourir « dans le premier ou le second lustre la presque totalité des malades de l'hôpital ou de la petite clientèle qu'il a amputés, réséqués, castrés pour des affections tuberculeuses et qui n'avaient pas suivi de traitement antidiathésique ultérieur. » En revanche il a obtenu des résultats durables à l'aide de ce traitement auquel il attache une très grande valeur.

Nous n'avons pas besoin de chercher longuement dans nos souvenirs et dans nos notes, et si, grâce à quelques soins spéciaux sur le détail desquels nous n'avons pas à entrer, nous avons pu observer, dans un autre ordre d'idées, chez M. Verneuil, des malades opérées de cancer du sein ne présentant de récidive qu'à une époque tout à fait insolite et éloignée, nous avons vu aussi des tuberculeux revenir consulter pour quelque affection étrangère, dans l'état de santé le plus florissant ; et qu'on ne vienne pas nous objecter qu'ils n'étaient pas en puissance de tuberculose, puisque, à plusieurs reprises successives, la diathèse s'affirmait en tentant une colonisation dans des points différents; nous avons vu avec faits à l'appui les vicissitudes auxquelles les exposaient la suspension du traitement.

CHAPITRE VI

Du traitement postopératoire et de l'émigration des opérés à la campagne; séjour dans les stations maritimes.

Quel est ce traitement postopératoire? Il comprend deux ordres de moyens, dit le chirurgien de la Pitié : 1° les agents médicamenteux; 2° les mesures hygiéniques. Nous n'avons point à rappeler ce que nous avons dit des préparations pharmaceutiques; l'iodoforme, la créosote unie à la glycérine ou à l'huile de foie de morue, doivent en former la base, et M. Verneuil leur associe volontiers les préparations iodées, arsenicales et sulfureuses. A ce propos, il fait remarquer que l'absorption de l'iodoforme par les plaies opératoires permet la suppression momentanée du même agent en absorption par les voies digestives.

Mais ce chirurgien insiste longtemps, et avec raison, sur la nécessité de l'émigration qui s'impose à tous, client riche ou client pauvre des grandes villes, qu'il soit soigné chez lui ou à l'hôpital. Cette émigration à la campagne pour un temps donné, le retour le plus prompt à la campagne si l'opéré est venu à la ville, le séjour dans les plages maritimes, les forêts, etc., aux eaux parfois « pourrait confirmer les cures chirurgicales et restaurer remarquablement la santé ». A l'exemple de M. Verneuil, nous citerons les résultats remarquables obtenus à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

On voit que cette simple constatation suscite la grosse question, non seulement des hôpitaux suburbains, mais encore des hôpitaux maritimes pour les convalescences chirurgicales qui ont déjà donné à l'étranger, en Russie surtout et en France pour les enfants, de si remarquables résultats.

Nous transcrivons les conclusions de notre maître qui concernent le traitement pré et postopératoire :

1° Avant l'opération, traitement antidiathésique destiné à modifier, autant que possible la crase des humeurs, et, si je puis m'exprimer ainsi, à rendre le sang parasiticide si possible ; séjour temporaire préparatoire dans un milieu pur ou curatif.

2° Pratiquer, autant que faire se peut, l'opération dans un milieu général pur, mais pour le moins purifier au préalable le milieu restreint où l'opéré résidait et devra résider encore.

3° Après l'opération, reprendre sans retard le traitement pharmaceutique antidiathésique et le continuer à faibles doses si l'on veut mais pendant fort longtemps ; rechercher surtout les bienfaits des milieux purs et temporairement des milieux thérapeutiques, mais dans des limites beaucoup plus étendues que celles qu'à grand tort on croit suffisantes aujourd'hui.

4° Pour certains cas, certaines formes et certains degrés de tuberculose chirurgicale, le séjour persistant ou le retour dans les milieux impurs et infectés aboutit à la mort plus ou moins ajournée mais presque inévitable. L'émigration définitive n'est pas ici affaire contingente mais bien nécessité de premier ordre.

Nous nous contentons de donner le résumé des observations que l'auteur apporte à l'appui des considérations précédentes :

Observation I (Verneuil. Le Dentu). — Tuberculose rénale. Néphrectomie. Persistance de trajets fistuleux. Polyurie. Envahissement très probable de l'autre rein. Traitement par l'introduction de crayons d'iodoforme dans les trajets fistuleux. Amélioration considérable équivalant à une guérison apparente.

Obs. II. — Adénopathie tuberculeuse de l'aisselle. Pas de tuberculose viscérale grave. Extirpation. Guérison. Séjour à la campagne. Menace de généralisation après un séjour à Paris. Retour à la campagne. Rétablissement définitif.

Obs. III. — Tuberculose des ganglions cervicaux. Plusieurs opérations sans succès durable. Séjour prolongé au bord de la mer. Guérison locale et amélioration considérable de l'état général.

Obs. IV. — Tuberculose locale progressive du pied. Ablation. Récidive. Séjour au bord de la mer et traitement interne. Guérison.

Obs. V. — Ostéo-arthrite tarsienne. Extirpation de l'astragale. Cicatrisation lente. Persistance de plusieurs trajets fistuleux. Séjour prolongé au bord de la mer. Guérison complète et durable.

Cette importance du séjour à la campagne était déjà bien indiquée, d'après les idées de M. Verneuil, dans la thèse inaugurale de Leroux :

« Les insuccès opératoires dépendent surtout du mauvais état général et du mauvais état viscéral du sujet.

Les insuccès thérapeutiques dépendent surtout des mauvaises conditions hygiéniques consécutives.

Les moyens d'améliorer ces résultats sont les uns préventifs, les autres thérapeutiques.

a) : Les moyens préventifs consisteraient à soigner énergiquement la scrofule dès ses manifestations premières, à éviter, dès lors, l'apparition des tumeurs blanches.

Pour cela, la création d'hôpitaux de scrofuleux, réunissant l'hygiène intérieure : aliments, vêtement, thérapeutique intérieure, etc., et l'hygiène extérieure, c'est-à-dire l'air pur et en particulier l'air maritime, permettra seul d'éteindre le mal dès sa racine.

b) : La tumeur blanche existe-t-elle? les malades seront soignés comme les précédents, en y joignant toutes les règles de la thérapeutique articulaire.

Il faudrait donc multiplier les établissements analogues à celui de Berck-sur-Mer, où les résultats obtenus sont déjà fort importants.

c) : Le sujet est-il scrofuleux et tuberculeux?

Ou bien il est curable. Il y a encore espoir de le guérir sans opération par la thérapeutique médico-chirurgicale et l'hygiène.

On pourrait joindre à l'air maritime l'influence favorable des climats du midi, peut-être d'Algérie.

Ou bien il est incurable. Il sera placé et traité comme tel dans un hospice, ce dernier réunissant toutefois les conditions possibles de salubrité et d'hygiène. »

C'est surtout dans la cure des abcès ganglionnaires ou des adénopathies strumeuses du pli de l'aine que l'émigration vers la mer donnerait au dire du professeur Verneuil, de beaux résultats d'autant qu'il est bien difficile parfois de soulager autrement le malade. Une des observations que nous avons citées précédemment a fait le 29 juillet 1889 l'objet d'une clinique où notre maître faisait remarquer ce point important dans la cure des adénopathies inguinales d'origine strumeuse. Il s'agissait de ganglions empâtés, avec périadénite s'étendant du pli de l'aine à la fosse iliaque, coïncidence précieuse pour établir le diagnostic de la spécificité tuberculeuse de ces ganglions.

Le malade toussait de temps en temps : son père était mort d'entérite tuberculeuse et en posant la question du pronostic et du traitement, notre maître regardait comme grave le cas de ce malade. L'extirpation de ces ganglions, disait-il, est délicate, difficile et dangereuse (possible, disons-nous après l'expérience que nous en avons longuement faite au Midi et ajoutons aussi qu'elle donne de très beaux résultats immédiats). Le curage, ajoutait M. Verneuil, en est encore plus difficile, opinion à laquelle nous nous associons entièrement, ayant constaté à maintes reprises les difficultés de cette opération presque toujours incomplète et plus dangereuse que l'extirpation. Enfin de l'aveu de M. Verneuil les injections iodoformées lui ont donné dans ces cas des résultats peu encourageants.

Il ne reste alors que le traitement général, et associé à ce traitement général le séjour au bord de la mer qui donne dans ces cas des résultats surprenants, tels qu'on peut en observer à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Nous n'avons point à nous occuper de la pathogénie de ces accidents locaux de la tuberculose ; une pareille étude, d'ailleurs, pourrait à elle seule faire un volumineux mémoire. Cependant leur étiologie offre un rapport intime avec leur traitement prophylactique et il est nécessaire d'en dire quelques mots. Il y aurait un chapitre humoristique à écrire, si le sujet n'était pas aussi lamentable, sur l'émigration, à Paris, des habitants des villes et de la campagne, et il serait facile de représenter la capitale comme le gouffre où viennent se jeter volontairement des milliers de victimes. Car si, en consultant les statistiques de mortalité, nous voyons que la tuberculose pulmonaire y entre pour un quart ou un tiers des décès, il est facile, d'autre part, de démontrer que le séjour à Paris n'est pas plus favorable aux manifestations périphériques de la tuberculose. Les hôpitaux en offrent tous les jours quelques exemples nouveaux et nous avons recueilli en peu de temps les suivants qui sont caractéristiques.

Observation 215 (inédite). — *Émigration ruri-urbaine. — Abcès tuberculeux de la marge de l'anus chez un tuberculeux. — Injection d'éther iodoformé. — Guérison de l'abcès mais aggravation rapide des lésions pulmonaires. — Emigration à la campagne. — Amélioration considérable.*

B..., E., âgé de 23 ans, employé, entré le 3 février 1890, salle Saint-Landry, service de M. Verneuil, lit n° 12.

Antécédents. — La sœur de ce malade est morte à 26 ans de phtisie pulmonaire. Sa mère a succombé à la même affection à l'âge de 53 ans, deux ans après avoir soigné sa sœur. Son frère se porte très bien.

Le malade lui-même ne se souvient pas d'avoir eu de grandes maladies; mais sa santé a toujours été faible. Il s'enrhumait facilement chaque hiver et était fréquemment obligé

d'interrompre son travail. Il n'a pas maigri, mais a eu des sueurs nocturnes. Il y a trente jours, il contracta la grippe et depuis est resté mal portant; il a maigri, transpiré, toussé. Deux semaines après, il commença à ressentir des douleurs dans la région anale; en même temps il s'apercevait de la présence d'une petite tumeur. Les douleurs devinrent de plus en plus vives et le 3 février le malade entrait à l'hôpital.

Etat à l'entrée. A ce moment la tumeur offre le volume d'une bille; la fluctuation est très nette; la région est rouge, tendue, douloureuse.

Traitement. Le soir de l'entrée, on lui fait une injection d'éther iodoformé avec la seringue de Pravaz, sans retirer de pus. L'abcès n'est pas ouvert; il est très douloureux; mais le malade n'a pas de fièvre. Pas d'iodoforme à l'intérieur.

Le 5 février, l'abcès s'est ouvert.

Résultats. Le malade sort le 8 février 1890 absolument guéri.

Etat postérieur. Revu le 15 février, le malade est parfaitement guéri; il est soumis à l'iodoforme à l'intérieur.

Revu le 19 *février* 1890, il a craché du sang, vomi trois fois de suite, eu beaucoup de diarrhée. Il n'a pas d'appétit.

Le 20 *février*, l'abcès est en bon état. L'auscultation au sommet gauche du poumon ne laisse aucun doute sur la tuberculose. L'état général est très mauvais. Je lui conseille l'émigration à la campage.

Je revois le malade le 6 *mars :* la fistule anale a complètement disparu : rien du côté du rectum; l'état général s'est de beaucoup aggravé, il tousse beaucoup; facies très altéré, le malade vomit ses aliments; pas de fièvre cependant mais sueurs nocturnes; l'auscultation dénote des craquements du côté gauche.

Le malade nous avoue qu'à son départ du pays un médecin lui avait formellement interdit de venir à Paris et qu'il n'a point écouté ce sage conseil, faute qu'il est d'ailleurs prêt à réparer.

Je soumets le malade à l'iodoforme et à la glycérine créosotée.

Il doit nous donner de ses nouvelles (1).

(1) Il nous écrit le 4 avril 1890. Il est retourné dans le Jura. Les hémoptysies, les vomissements, les sueurs ont disparu. La toux et l'expectoration sont presque nulles. Il reste de la fatigue générale, mais l'embonpoint revient.

Observation 216 (inédite). — *Scrofule dans la jeunesse. — Guérison. — Emigration ruri-urbaine. — Marche rapide des accidents locaux et pulmonaires.*

Ch. J., journalier, entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Verneuil, le 24 février 1890, salle Saint-Landry, n° 13.

Pas d'antécédents héréditaires. Mère morte de fluxion de poitrine après huit jours de maladie seulement. Père resté à la campagne bien portant; six frères restés aussi dans la Creuse, jouissent d'une excellente santé.

Le malade est né à Mérinchois, dans la Creuse. Il a eu dans sa jeunesse des « glandes » qui ont disparu rapidement et spontanément ; il est soumis au régime alimentaire des campagnards et se porte bien.

A 22 ans, il vient à Paris et contracte la typhoïde. Guérison. Il reste souvent sans travail, cet hiver principalement. Privations, misère depuis 3 ans.

En *septembre* 1886, deux ans après son arrivée à Paris, début d'adénite axillaire gauche qui suppure et guérit ; elle coïncide avec le début des privations. Elle récidive en *février* 1889 ; le malade se présente alors dans le service avec une énorme adénopathie axillaire gauche et périadénite suppurée avec tuberculose pulmonaire très nette au sommet gauche ; l'état général est très peu satisfaisant.

Le malade présente de plus une haute température dont le plateau reste à 39°, la température a même atteint 39°4. M. Verneuil craint la pneumonie caséeuse et fait remarquer que si la température dépend de l'état inflammatoire des ganglions, elle devra tomber après quelques injections iodoformées. On fait ces injections et la fièvre tombe.

Observation 217 (inédite). — *Otite suppurée pendant l'enfance. — Guérison. — Bonne santé générale. — Emigration ruri-urbaine. — Spina ventosa. — Tuberculose pulmonaire probable.*

L... M..., âgée de 19 ans, couturière, malade venue du dehors, consulte M. Verneuil, le 3 mars 1890, pour un spina ventosa.

Antécédents héréditaires. — Père 46 ans, très bien portant.

Mère 39 ans, chétive, tousse très souvent. Quatre sœurs, dont trois bien portantes ; l'aînée est très anémique depuis qu'elle est à Paris. Quatre frères ; trois se portent bien. L'aîné (18 ans) tousse très souvent et se porte moins bien depuis qu'il est à Paris.

Antécédents personnels. — Habitait Gien, pays salubre, paraît-il. Fièvre muqueuse à 13 ans. Otite suppurée à 8 ans, traitée par l'application de révulsifs que l'on entretient pendant 3 ans ; l'écoulement s'est tari péniblement. A l'âge de 16 ans (il y a trois ans par conséquent) la malade quitte Gien, et vient à Paris; elle contracte la variole un an après, puis bronchite et séjour de 6 mois à la campagne. Depuis, la toux n'a pas cessé malgré l'amélioration produite par le séjour à la campagne.

En *septembre* 1889, apparition subite d'une tuméfaction au niveau de la première phalange du médius gauche ; augmentation peu à peu ; actuellement toute la phalange est prise, mais le voisinage est sain. Dure et douloureuse au toucher. Peau infiltrée, légèrement inflammatoire, adhérente. Le médius malade offre trois centim. de circonférence de plus que du côté sain ; la tumeur n'a jamais suppuré.

Habitus extérieur d'une strumeuse; pas de ganglions cervicaux cependant; à l'auscultation je trouve la respiration *courte et très rude* au sommet droit, sans lésions proprement dites très accusées; il est vraisemblable qu'il y a tuberculisation : quelques points pleurétiques.

Je n'ai pas noté l'état des règles. La malade est soumise aux pilules iodoformées et aux injections d'éther iodoformé au niveau du spina ventosa, elle doit retourner à la campagne.

Observation 218 (inédite). — *Scrofule. — Emigration ruri-urbaine.— Marche rapide des accidents.— Tuberculose pulmonaire.*

T... P.. 21 ans, entré le 23 janvier 1890, salle St-Landry, n° 11, service de M. le professeur Verneuil.

Antécédents héréditaires. Son père est âgé de 43 ans. Sa mère a 38 ans. Elle est très faible de tempérament.

Il a un frère, et une sœur âgée de 14 ans, très chétive et presque infirme de ses jambes (?).

Antécédents personnels. Gourmes pendant la jeunesse, ganglions cervicaux qui disparaissent sans traitement. Accès de fièvre nombreux à l'âge de 7 à 8 ans.

Rougeole à 15 ans.

Un an plus tard, abcès à la région postérieure du cou. Application de cataplasmes. L'abcès s'ouvre spontanément.

A 17 ans, abcès au bras. Bonne santé habituelle tant qu'il reste à la campagne.

Début de l'affection. En novembre 1889 le malade vient à Paris et travaille chez un marchand de vin.

Vie très pénible. Le malade buvait souvent de l'eau pure et se nourrit mal.

Vers le 16 janvier le malade ressent une douleur dans la région gauche du thorax. Il est pris le lendemain d'une fièvre très violente.

Le 21 il entre à l'hôpital et est admis à St-Christophe.

Il passe le 23 à St-Landry 39°4. Dans l'espace de quelques jours, il s'était soudainement développé une adénite axillaire considérable. Lésions pulmonaires non douteuses.

Traitement. 10 centigrammes d'iodoforme, deux vésicatoires.

On ouvre l'abcès le 19 *janvier.*

Pansement iodoformé.

Le 8 *février* il passe à St-Christophe (Médecine).

Observation 219 (inédite). — *Bonne santé jusqu'à 17 ans. — Accidents scrofuleux. — Emigration ruri-urbaine. — Mal de Pott.*

G. S., 23 ans, entré le 22 octobre 1887, salle Broca n° 3, service de M. Polaillon.

Père, sœur et frère bien portants: mère morte de fluxion de poitrine.

La santé a été bonne jusqu'à 17 ans; à ce moment le malade a eu des ganglions scrofuleux du cou, aux creux sus et sous-claviculaires: ces ganglions ont suppuré pendant six mois et ont laissé de nombreuses cicatrices. Puis en 1883 survint une ostéite mastoïdienne à la suite de laquelle il se produisit une fistule qui ne se ferma qu'un an après. Le malade vient à Paris en *juillet* 1886. En *mai* 1887 le malade ressentit dans le dos des douleurs assez violentes pour l'empêcher de se baisser. Dans l'espace ilio-costal, il se développa un abcès que l'on dut ouvrir un mois et demi après son apparition. Une fistule intarissable s'est développée et le malade a maigri beaucoup depuis l'ouverture de cet abcès.

C'est à cette époque qu'il entre à l'hôpital, le 21 octobre 1887. Il a des sueurs nocturnes, tousse un peu, crache beaucoup : il y a deux ans il a craché du sang en quantité notable : lésions non douteuses des sommets.

Actuellement on y constate du râle bulleux : pas de douleurs thoraciques. Dans l'espace ilio-costal on voit la cicatrice de l'abcès et au milieu l'orifice de la fistule, par lequel on introduit un stylet qui pénètre de 8 centim. 1/2 environ et va au-devant de la colonne lombaire : c'est là la partie intéressée.

8 *novembre*. Pansement.

20 *novembre*. Pansement : la fistule ne diminue pas.

23 *novembre*. On lui donne trois cuillerées d'huile de foie de morue.

Pas d'amélioration : le malade demande sa sortie.

Observation 220 (inédite). — *Scrofule pendant la jeunesse. — Cessation rapide des accidents. — Emigration rurt-urbaine. — Marche rapide des accidents.*

L... G., 23 ans, garçon de salle, entre le 24 février 1890, Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. Son père est mort; il ne sait de quelle maladie. Sa mère est morte d'une « gastrite couenneuse ! ! » Il eut un frère qui est mort de la variole en 1870.

Antécédents personnels. Pendant sa jeunesse, à l'âge de 13 ans, il eut des ganglions cervicaux qui disparurent rapidement.

Il habitait alors la campagne et jouissait d'une excellente santé. Il y a huit ans qu'il vint à Paris. Antérieurement à 1887 il se portait bien, mais toussait l'hiver. Les ganglions du cou grossirent peu à peu, puis il y a un an, ceux de droite se mirent à suppurer. On lui a fait des injections, mais nous ne savons si c'étaient des injections iodoformées.

Il a été opéré de ses ganglions du cou par M. Péan en 1887 ; on obtint la réunion immédiate ; il resta neuf jours à l'hôpital et dix-neuf jours à Vincennes. Après cette opération il ne suivit pas de traitement et continua son métier de garçon de salle.

Il y a six mois, débuta une adénopathie axillaire.

Etat actuel. Les ganglions axillaires sont énormes et sup-

purent depuis deux mois. De plus les ganglions du cou ont apparu de nouveau, et il y en a de gros dans le creux sus-claviculaire droit, au niveau du sterno-mastoïdien ; il y a aussi d'énormes ganglions sus-claviculaires à gauche.

La masse énorme de l'aisselle est abcédée en deux endroits.

Il y a donc eu récidive au bout de trois ans : le malade présente de plus des lésions non douteuses des sommets des poumons.

Ainsi qu'on le voit d'après cette série d'observations, il y aurait lieu d'ouvrir un chapitre spécial auquel on pourrait donner le nom d'émigration ruri-urbaine; mais nous commettons presqu'une indiscrétion : M. le professeur Verneuil, avec la compétence et l'autorité qu'il a en pareille matière, en fera l'objet d'une note spéciale pour le prochain fascicule des *Études sur la tuberculose* que notre travail ne précédera que de quelques mois.

L'idée d'ailleurs n'en est point nouvellement venue à notre maître, car si nous consultons le dernier paragraphe de l'étude consacrée par lui au traitement post-opératoire, nous verrons que s'il ne parlait pas encore ouvertement des dangers de l'émigration « ruri-urbaine », il signalait déjà très nettement les bons effets de l'émigration « urbi-rurale » à tel titre que l'une de ses principales observations a pour but la démonstration de ce fait : nous n'insisterons donc pas plus longtemps puisque le fait nous sera bientôt démontré.

Ainsi voilà un malheureux sujet qui est atteint depuis longtemps de manifestations locales : celles-ci n'évoluent pas, il est vrai, mais c'est plus qu'un prédisposé. Cependant tant qu'il reste à la campagne, l'état général est bon : il vient à Paris; aussitôt l'évolution fatale commence, non seulement du côté des manifestations périphériques, mais encore du côté du poumon et au moment où nous l'observons il présente des signes cavitaires déjà avancés.

N'eût-il pas été prudent de jeter le cri d'alarme : n'eût-il

pas été juste de l'instruire ou d'instruire la famille du danger qu'il courait, et de lui rappeler le cas déjà cité au cours de ce travail de cette petite opérée de M. Verneuil qui, repartie à la campagne n'offre aucun trouble de la santé jusqu'au jour où elle effectue son retour à Paris et ne voit, après une menace de généralisation, céder les accidents que le jour où elle se condamne définitivement à rester à la campagne.

C'est du traitement post-opératoire, quand le danger méconnu est annoncé par le médecin expérimenté et consciencieux ; ce serait presque du traitement prophylactique, si le médecin intervenait au jour du départ pour permettre ou refuser le séjour à Paris (1). Quoi qu'il en soit, ainsi que le faisait remarquer M. le professeur Verneuil dans l'un de ses entretiens, il faut que les parents, que la famille soient instruits de ces dangers : ils feraient alors qu'il en est temps encore pour leurs enfants, ce que les plus intelligents d'entre eux font après quelques hésitations lorqu'ils ont subi la première atteinte.

Quant aux opérés dont l'état général est mauvais, la proposition est inverse et l'émigration urbi-rurale est la seule garantie d'une amélioration, nous dirions presque d'une guérison durable.

En faut-il des preuves?

Observation 221 (inédite). — *Mal de Pott. — Cachexie. — Emigration à la campagne. — Amélioration considérable locale et générale.*

E... S , âgé de 15 ans et demi, entre le 4 mai 1887, hôpital de la Pitié, salle Broca, lit n° 4, service de M. le Dr Polaillon.

Antécédents héréditaires. Le père du malade est mort à la suite d'un accident. Il a été soigné à l'hôpital Sainte-Anne. La mère du malade est bien portante. Il n'a ni frères, ni sœurs. Il a eu un frère mort-né.

(1) (Comme dans notre observation 215).

Antécédents personnels. Le malade s'est bien porté jusqu'à l'âge de six ans. A cet âge il apparaît une gibbosité au niveau des quatre premières lombaires. — Mal de Pott. — Le malade sent à ce niveau quelques douleurs. A l'âge de sept ans, abcès ossifluents qui s'ouvrent entre la crête iliaque et le petit trochanter, ulcérations qui sont actuellement cicatrisées. On remarque quatre trajets fistuleux à la partie externe de la hanche. Il y a un an la gibbosité a acquis son maximum. A ce moment le malade maigrit. Il y a un an et demi, le ventre devient tendu et volumineux. On remarque de la matité considérable de l'abdomen. Pas de transmission du choc indiquant l'ascite. Déformation rachitique du thorax.

Malgré ces signes non douteux de rachitisme, les membres ne sont pas déformés, ils sont extrêmement amaigris. Le malade n'a pas d'appétit. Epistaxis par intervalles. Il a eu quatre hémorrhagies. Le foie est excessivement volumineux. Il a atteint 20 cent. de hauteur.

Le malade n'a pas eu d'ictère. Du côté des poumons et du cœur, le malade n'a rien. Il ne tousse pas. Il ne crache presque pas.

Le malade sort de l'hôpital le 6 *mai* 1887.

Il est envoyé dans un hôpital d'enfants.

Nous avons de ses nouvelles en 1889. Malgré l'état déplorable du sujet les parents l'ont emmené à la campagne à la fin de 1887 : l'enfant a repris des forces et de l'embonpoint. Il ne tousse pas ; les trajets fistuleux sont peu profonds ; deux d'entre eux ont disparu et il n'en reste plus que deux.

Observation 222 (inédite). — *Mal de Pott. — Cachexie extrême. — Emigration à la campagne. — Amélioration locale et générale.*

Le nommé C... F., âgé de 15 ans, cordonnier, entre à la Pitié, le 26 octobre, service de M. Polaillon,

Antécédents. Père mort d'une pleurésie. Mère âgée de 43 ans, assez bien portante. Le malade a des frères et des sœurs qui sont également bien portants. Lui-même croit avoir été bien portant jusqu'au commencement de 1886, époque à laquelle il commença à ressentir de la douleur dans les lombes après la marche. Il ne se rappelle pas avoir éprouvé d'autres douleurs.

Début et opération. Au mois de mars 1886, le malade présente un abcès par congestion qui est venu apparaître à la face antérieure de la cuisse gauche.

Le 17 mars, il entre à l'hôpital et le 20, on ouvre l'abcès et on le panse à l'acide phénique. La suppuration ne s'est pas tarie.

Le 31 août, il est envoyé à Vincennes à la suite de l'évacuation de la salle, et le 26 octobre, rentre dans le service sans que son état ait changé. On le panse à l'iodoforme.

Etat actuel. 4 février 1887. La suppuration est abondante et nécessite le maintien du drain en place. Le malade n'a pas de douleurs spontanées dans la colonne vertébrale et la pression n'en détermine pas sur les apophyses épineuses; il se plaint seulement d'un peu de gêne dans les lombes ; il n'y a pas paralysie et il marche bien.

Etat du 4 février au 15 août 1887. Du 23 au 25 *février*, il accuse des phénomènes fébriles douloureux du côté des articulations ; on lui prescrit le régime lacté, les œufs et le sulfate de quinine. Le 26, l'état est redevenu bon.

Le 3 *juillet*, on cautérise le trajet avec le nitrate d'argent au 50e, puis au crayon.

Le 15 *août*, il se produit une poussée douloureuse du côté du grand trochanter droit (l'abcès par congestion s'est ouvert à la face interne du membre gauche). Le malade demande à retourner dans sa famille et dit qu'il reviendra.

Etat du 31 *octobre* 1887 *à sa sortie.*

Le 31 *octobre*, il revient à l'hôpital ; il se fait des fusées purulentes qui s'ouvrent au niveau du grand trochanter droit. Pendant trois semaines il est resté chez lui dans l'état où il était avant sa sortie, puis il s'est alité; la jambe droite s'est mise en demi-flexion et insensiblement apparut une collection purulente.

Le 12 *novembre*, M. Polaillon fait une *ponction* qui donne issue à deux verres de pus; l'amaigrissement du malade est très notable et il mange très peu. Du côté de l'ancienne fistule, il reste toujours un petit trajet fistuleux.

Le 20 *novembre*, on incise la collection purulente de la cuisse droite, qui donne un verre de pus; ont fait le drainage et pansement iodoformé. On renouvelle le pansement le 21, 25, 27 et 30 novembre.

Le 5 *décembre*, l'orifice de l'abcès de la cuisse droite devient fongueux; la cuisse gauche suppure abondamment. On refait le pansement tous les trois jours.

Le 18 *décembre*, la plaie de la cuisse droite est presque cicatrisée; la fistule gauche suppure toujours beaucoup.

Le 31 *décembre*, l'amaigrissement du malade est considérable; il a le teint ictérique et blafard; il n'a ni appétit, ni sommeil.

Le 3 *janvier*, la cachexie continue.

Le 14 *janvier*, il y a toujours de la suppuration à gauche et aussi un peu à droite, où l'on cautérise au nitrate d'argent.

Au 22 *janvier*, l'état est stationnaire; on cautérise toujours au nitrate d'argent et on continue les pansements.

Le 31 *janvier*, la suppuration est toujours très abondante à gauche; la cachexie continue.

Le 9 *février*, le malade maigrit rapidement; il accuse des douleurs, de la céphalée; on remarque un élargissement rachitique considérable du thorax.

Le 4 *février*, l'état général devient très mauvais.

Il quitte l'hôpital dans un état de cachexie extrême, et sa famille se décide à l'emmener à la campagne.

Nous avons de ses nouvelles quelques temps après. *Il a repris un peu d'embonpoint*, malgré l'absence de soins médicaux et de bien-être, *la suppuration est moins abondante;* mais l'émigration a été trop tardive et notre dernière lettre restée sans réponse, nous fait supposer qu'il est mort.

CONCLUSIONS

Après les considérations nécessairement fort longues que nous avons basées sur des faits, il nous reste à conclure.

Nous serons très bref ; l'étendue du sujet que nous avons traité, la variété des résultats obtenus soumis à nombre de conditions accessoires ne nous permettent que des conclusions fort générales et nécessairement imparfaites, que le renvoi à divers chapitres peut seul compléter (1).

A. — Fréquence et nature des tuberculoses locales

1° Les tuberculoses locales sont d'une fréquence extrême qui est au contingent des maladies chirurgicales ce qu'est la tuberculose pulmonaire en pathologie interne ;

2° Les tuberculoses, dites locales, ne sont en réalité, comme le démontrent la clinique et l'expérimentation, que des tuberculoses *périphériques* et localisées et leur suppression pure et simple sans autre traitement adjuvant ne saurait assurer contre la récidive ou la tuberculose viscérale ; en fait, il existe un temps où la tuberculose est locale, mais celui-ci est excessivement court et ne saurait être pris en considération dans le traitement chirurgical de ces lésions ;

(1) On trouvera dans les pages indiquées ci-dessous quelques indications plus précises ainsi que les nombreuses restrictions qu'il faut apporter à nos conclusions.

Fréquence et nature des tuberculoses locales, pages 45, 49.

Suites immédiates des interventions ; pages 29, 107, 186, 199, 225, 231, 234, 257, 274.

Suites éloignées des interventions : pages 356, 392, 393, 398. 412, 419, 451, 466, etc.

Traitement pré et post-opératoire ; pages 504, 508, 532, 567, 548.

3° Il y a cependant lieu d'opérer les tuberculoses locales qui peuvent constituer pour le malade de graves infirmités ou être une cause d'épuisement pour l'organisme : abandonnées à la nature ou soumises à la thérapeutique médicale seule, elles *n'ont pas de tendance à la guérison.*

B. — Suites immédiates des interventions

1° Envisagées d'une façon générale, les suites immédiates des interventions sont encourageantes ;

2° Elles comprennent des résultats bons (succès opératoires) et médiocres du côté de l'état local ; des résultats souvent bons du côté de l'état général.

3° Mais il faut remarquer : A — que ces résultats sont d'autant meilleurs qu'on se rapproche davantage du début de la manifestation locale, ou que l'opération a pour but de supprimer un foyer de rétention ou de suppuration. Dans le premier cas on peut toujours espérer et obtenir la réunion immédiate ; dans le second, l'état général est le plus souvent heureusement influencé. B — Que ces résultats immédiats sont soumis à quelques variations qui proviennent : 1° du fait de la coexistence de la tuberculose pulmonaire ; 2° de la nature et du siège de la lésion, certaines régions et certaines variétés de tuberculoses locales étant véritablement privilégiées ; 3° de la nature de l'intervention, influence variable d'ailleurs dans chaque ordre de lésions. (V. page 226.)

4° Le maximum opératoire est applicable aux tuberculoses bien localisées, sans diffusion à travers les tissus ; voisins le minimum opératoire (topiques, injections modificatrices, etc.) trouve son application dans les cas contraires ;

5° Dans tous les cas l'opération incomplète ne doit être qu'un pis aller dont les résultats sont ordinairement peu favorables ;

6° Une tuberculose pulmonaire très avancée peut dans les cas où il n'y a pas urgence absolue contre-indiquer l'opération ou ne permettre que quelques opérations minima et dans les cas seulement où l'intervention est indispensable et où le chirurgien prévoit que l'état général du malade peut en bénéficier ;

7° Malgré l'excellence apparente des suites immédiates, le malade n'en reste pas moins exposé du fait de la nature tuberculeuse de la lésion à quelques complications étrangères à la marche banale des plaies opératoires : échec de la réunion, récidive immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération, méningite tuberculeuse, généralisation, qui jointes aux accidents des suites éloignées nécessitent un traitement prophylactique spécial.

C. — Suites éloignées des interventions

1° Envisagés d'une façon générale les résultats éloignés des opérations sont de beaucoup inférieurs aux résultats immédiats : pour les bien apprécier il faut suivre longtemps les malades et ne faire entrer en ligne de compte que les observations complètes, la récidive étant souvent très tardive.

2° Ces suites éloignées comprennent, du côté de l'état local des résultats bons (succès thérapeutiques) en nombre relativement restreint ; quant à l'amélioration de l'état général des tuberculeux à la suite de l'intervention, le plus souvent elle n'est pas durable, malgré de trop rares observations contraires ; la guérison est exceptionnelle.

3° Ces suites éloignées sont compliquées : A — au point de vue local par la fréquence des échecs thérapeutiques (résultats nuls), des récidives locales, des récidives circonvoisine, ascendante et à distance ; B — au point de vue de la marche des lésions pulmonaires par l'aggravation ou la reprise des acci-

dents à la suite d'une amélioration passagère ; par l'apparition postérieurement à l'opération de lésions pulmonaires non constatées antérieurement.

4° Comme pour les suites immédiates il faut remarquer que ces suites éloignées sont soumises à des variations du fait 1° de la coexistence de la tuberculose pulmonaire, 2° de la nature et même du siège de la lésion, certaines variétés et certaines régions étant privilégiées (page 401) 3° de l'opération choisie (page 420).

5° Il est bien nettement prouvé par la presque totalité des observations que l'on ne peut songer au traitement abortif de la tuberculose par l'exérèse de la manifestation locale au moins dans les conditions ordinaires et par les moyens actuellement mis en pratique : ce résultat est parfois réalisé, mais dans des conditions qu'il n'est pas actuellement possible de déterminer exactement.

6° De l'étude comparée de l'expectation et de l'intervention il résulte que les tuberculoses périphériques ont peu de tendance à la guérison spontanée et que c'est à l'opération qu'il faut avoir recours malgré les suites éloignées peu encourageantes de celle-ci : nous ne sommes donc nullement partisan de l'abstention (page 414).

6° L'opération doit être pratiquée suivant certains préceptes dont le premier qui concerne l'état local consiste à assurer le succès thérapeutique par le succès opératoire : cette règle n'est cependant pas absolue ; les récidives multiples même ne s'opposent pas toujours à un succès final complet.

7° La tuberculose pulmonaire, même au début, existant au moment de l'opération doit constamment être regardée comme aggravant dans de notables proportions le pronostic des suites éloignées (page 401).

8° A chaque lésion correspond une opération de choix le plus souvent applicable : cette opération de choix pour qui ne cherche que les suites éloignées peut, suivant l'affection considérée, être du ressort de la grande ou de la petite chirurgie : on ne saurait condamner l'opération sanglante au profit du minimum d'intervention d'une façon générale ; c'est affaire d'indications : le plus souvent l'opération doit être complète.

D. — Traitement pré et post-opératoire

1° On doit opérer les tuberculeux et les malades affectés de lésions périphériques tuberculeuses chaque fois que l'état général du sujet permettra d'intervenir ; mais ils doivent être soumis au traitement opératoire capable de guérir leur affection chirurgicale non comme les autres malades, mais comme les autres *diathésiques*, c'est-à-dire sous la réserve de précautions spéciales multiples que l'on peut réunir sous le nom de traitement pré et post-opératoire qu'il faut instituer au plus tôt.

2° L'un et l'autre doivent s'adresser : A — à la désinfection du foyer local, B — à la stérilisation de l'organisme.

3° L'iodoforme est, au moins jusqu'alors, le parasiticide antituberculeux le plus efficace.

4° Il doit être prescrit intus et extra, *de bonne heure*, à *doses tolérables*, et *doit être longtemps continué*.

5° La prophylaxie des accidents consisterait surtout à réglementer l'émigration ruri-urbaine ; l'émigration des opérés à la campagne et à la mer constitue un des facteurs les plus importants du traitement post-opératoire.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Nous ne faisons que mentionner les principaux articles à consulter dans les tables des classiques, de la société anatomique (2) et les articles des dictionnaires.

Abcès froids et ossifluents.

Amputations.

Arthrites et tumeurs blanches. (Epaule, coude, poignet, hanche, genou, pied, mal de Pott, clavicule. etc.)

Ganglions (scrofule et tuberculose).

Hémoptysie.

Hydrocèle symptomatique.

Langue (tuberculose).

Méningite tuberculeuse.

Œil (tuberculose).

Mastoïde. Carie du rocher.

Peau (tuberculose).

Sein (tuberculose).

Sternum (tuberculose).

Testicule (tuberculose) et vésicules séminales.

Tuberculose aiguë généralisée.

Tuberculose chirurgicale, etc., etc.

1° GÉNÉRALITÉS TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE.

Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil, par MM. Arthaud, Bergeon, Petit, 4 fasc. Paris. 1887-1890, Masson, 8°.

Tscherning. — Sur deux cas d'inoculation T., chez l'homme. Traitement préventif de la généralisation de la T. *Congrès de la tuberculose*. 275.

Baumgarten. — Experimentelle und pathologische anatom. Untersuchungen über Tuberculose. *Ztschr. f. klin. med.* Berlin, 1885, IX 93-151, 4 pl.

Barreras (V.). — Concepto clinico de la tuberculosis quirurgica. *Bol. de méd. y cirurg.* Madrid, 1886, IV, 65-72.

Wooten. — Experimental researches upon tuberculosis and scrofula. Dublin, *J. M. Sc.*, 1885 3 s., t. XXX 290-305.

(1) L'étendue qu'il eût fallu donner à ce chapitre bibliographique est telle que nous avons dû être fort incomplet. Nous avons dû en effet éliminer la plupart des travaux antérieurs à 1885, et nous n'y avons pas compris tous les auteurs cités au cours de ce travail ni les classiques auxquels nous renvoyons le lecteur.

(2) Table des matières 4e série (1876 à 1886), par A. Broca.

Jeannel (M.). — Recherches sur la généralisation de la T. expérimentale. *Congrès de la tuberculose*, Paris, 351.

Duplay (S.). — De la tuberculose chirurgicale. *Arch. gén. de méd.* Paris, 1887, I, 79-100.

Jeannel et Laulanié. — Tentatives expérimentales sur la guérison de la tuberculose. (*Études sur la tuberculose*, fasc. II, p. 406.)

Gaucher. — Sur la durée d'incubation de la tuberculose. (*Revue de médecine*, 1887.)

Jeannel. — Nouvelles recherches expérimentales sur la tuberculose et sa curabilité. (*Études sur la tuberculose*, fasc. II, p. 416.)

Verneuil. — *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose.* (Paris, 1887.)

Tscherning. — Inoculation tuberculose beim Menschen. (*Fortschritt. der medizin*, 1885, n° 3, p. 65, et *Ann. dermat*, 4 nov. 1885.)

Ch. Vibert. — Statistique relative à la fréquence de la tuberculose pulmonaire et à sa guérison. (*Études sur la tuberculose*, fasc. II, p. 356.)

Charvot. — De la tuberculose chirurgicale. *Revue de chirurgie*, 1884.

Trélat. — Tuberculose chirurgicale. *Bull. et mém. Société de chirurgie*, 1883.

Riesmeyer. — Tubercul. chirurgicale. *New-York, med. Presse*, n° 2, 1887.

Gosselin (de Caen). — Sur l'atténuation du virus de la tuberculose. *Études sur la tuberculose*, 1er juillet 1887.

Trélat. — Tuberculose au point de vue chirurgical. *Gaz. des hôpitaux*, janv. 1884.

Trélat. — De la tuberculose. Série de leçons cliniques. *Progrès méd.* p. 11 et suiv., 1886.

Trélat.— Tuberculose au point de vue chirurgical. *Gazette des hôpit.*, déc., 1889.

Volkmann. — Notes sur la tuberculose chirurgicale. *Wiener mediz. Blätter*, 1885.

Kœnig. — Tuberculose au point de vue chirurgical. 14e *Congrès de la Soc. allem. de chir.*, 9 avril 1888.

Marsh Howald. — Surgical Tuberculosis. *Lect. of the Roy. Coll of surg. of England. British medical Journ.*, 3, 1889.

Nélaton (Ch.). — De la tuberculose au point de vue chirurgical. *Th. agrég. de Paris*, 1883.

Coze et Simon. — Recherches de pathologie et de thérapeutique expérimentales sur la tuberculose. *Bull. gén. de thérapeut.*, 30 mars 1884.

2° TUBERCULOSE CUTANÉE.

Raymond (P.). — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée par inoculation directe. *France méd. Par.*, 1886, II. 1181 ; 1193 ; 1205.

Hanot (V.). — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. *Arch. de physiol. norm. et path.* Par. 1886, 3 S., VIII, 24-39, 2 p.

Arloing. — Etude sur les moyens locaux et généraux d'arrêter l'extension de la T. expérimentale. *Congrès de la Tuberculose*, page 147.

Jeanselme. — Inoculation secondaire de la peau par des foyers T. sous-cutanés ou profonds. *Congrès de la Tuberculose*, p. 338.

Barthélemy. — Tubercule anatomique ou professionnel des doigts ; sa cure rapide et certaine par les pointes de feu fines et serrées. *Congrès de la Tuberculose*. p. 277.

A. Lefèvre. — Sur la Tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme. (*Thèse Paris*, 1888.)

Verneuil. — Discussion sur le T. anatomique. *Congrès de la Tuberculose*, p. 272.

Villemin. — Discussion sur le T. anatomique. *Congrès de la Tuberculose*, p. 274, 279.

Chauveau. — Discussion sur le T. anatomique. *Congrès de la Tuberculose*, p. 273.

Jeannel (M.). — Discussion sur le T. anatomique. *Congrès de la Tuberculose*, p. 274.

Torkomian. — Conséquence d'une inoculation par piqûre anatotomique du virus tub. *Congrès de la Tuberculose*, p. 268.

Hebb (R.). — On a case of. tuberculosis of the skin. *Lancet*, Lond., 1866, I, 591.

Also : *Brit. M. J.* Lond., 1886, I. 590.

Also (abstr.) *Proc. Roy, M. et Chir.*. Soc. Lond., 1885. 6, N. S., II, 81-83.

Verneuil. — Un mot sur la tuberculose anatomique. (*Etudes sur la Tuberculose*, fasc. II, p. 645.)

Verneuil. — *Id. Acad. Méd.* 22 *janvier* 1884.

Sanguinetti. — Un caso di tuberculo anatomico. (*Revue des Sciences Médicales de Hayem*, 1888.)

Hanot. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. (*Arch. physiol.* 1886.)

Vallas. — Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. *Th. Paris* 1887.

Ritzo. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée et des ulcérations muqueuses. *Th. de Doct.*, Paris, 1887.

3° Abcès froids.

Bouilly. — Des résultats immédiats et éloignés du traitement des abcès froids. *Cong. franç. de chir. Proc. verb., etc.* 1885. Par., 1886, I, 227-238.

Pozzi. — Deux observations d'abcès froids non ossifluents, exceptionnellement multiples et étendus, guéris par le grattage, la cautérisation et le pansement à l'iodoforme. *Cong. franç. de chir. Proc. verb.* 1885. Paris, 1886, I, 247-249.

Cazin. — Traitement des abcès froids idiopathiques, par l'ablation après solidification. *Cong. franç. de chir. Proc. verb.* 1885. Paris, 1886, I, 223-227.

Cazin. — Traitement des abcès froids idiopathiques par l'ablation après solidification. *Rev. chir.* Paris 1885, V, 404.

Pierangeli. — La tintura di capsico nell' ascesso freddo. Resoc. *Accad. med. chir. di Napoli* 1884. XXXVIII, 183-186.

Andrassy. — *Ueber die Behandlung der kalten Abscesse mit iodoforminjectionen.* Tübingen, 1886. H. Laupp. 28 p. 8°.

Jeannel. — Gros abcès froid de la fosse iliaque droite, saillant sous l'arcade crurale, traité et guéri par l'incision, le curage et le drainage antiseptique. *Rev. méd., Toulouse*, 1886, XX, 1-18.

Hough. — The treatment of abcesses. *N.-York M. J.*, 1887, XLVI, 731-33.

Socin. — Sur les abcès froids. *Cong. franç. chir.*, Paris, 1886, I, 96-102.

Thuau. — *Essai sur le traitement des abcès froids tuberculeux.* Paris, 1887, 55 p. 4°, n° 146.

Reclus. — Traitement des abcés froids. *Clin. chir. de l'Hôtel-Dieu*, in-8. Paris, 1888, 13-27.

Vauce. — Treatment of cold abcess, with three illustrative cases. *Louisville Med. News*, 1885, XIX, 100.

Pozzi. — Deux observations d'abcès froids exceptionnellement multiples et étendus, guéris par le grattage, la cautérisation et le pans. à l'iodof. *Gaz. méd. de Paris*, 1885, 7 s. II, 195-197.

Bouilly. — Résultats primitifs et éloignés du traitement des abcès froids. *Rev. de chir.*, Paris, 1885, V, 405.

Ferron. — Abcès froids traités par la méthode sanglante. *Gaz. hebd. d. sc. méd. Bordeaux.* 1887, VIII, 16; 75.

Nicaise. — Des abcès froids du tissu cellulaire. *Rev. de chir.*, Paris), 1885, V, 496-492.

Ruhsmore. — The treatment of abscess. *Tr. N. York.* M. Ass. (1885, 1886, II, 354-359.

Guinard (A.). — Etiologie de certaines douleurs persistantes des moignons chez les T. *Congrès de la tuberculose*, p. 615.

Terrillon. — Des abcès froids. *Progrès médical*, Paris, 1887, r. s. V., 23-26.

Van Stockum. — *Die behandeling vaa koude abscessen.* Leiden, 1888. P. Somervil, 160 p., in-8.

Reverdin et Mayor. — Abcès ossifluents à grains riziformes; nature tuberculeuse de ces grains. *Revue médicale Suisse romande*, 1888.

Houzel. — Note sur un nouveau mode de drainage employé dans le traitement des abcès froids. *Congrès français de chirurgie*, p. 238, 1885.

Richet. — Injections de sublimé dans les hydrocèles et les abcès froids. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. 1888.

Reclus. — Traitement des abcès froids. *Gaz. hebd. méd. et chir.*, janvier 1887.

4° Tuberculose de la langue, du sein et de l'œil.

Graser. — Ueber einen fall von Zúngentuberculose. *Sitzùngsb., d. phys. med. Soc. zù Erlang.* 1883-4, 16, Hft. 177-182.

Feurer (G.). — Ueber Zungentuberkulose. *Cor. Bl. f. schweiz. Aerzte*, Basel, 1886, XVI, 441-447.

Jackson (V.). — Tubercular ulcer of the tongue in a wooman; removal of the front portion, followed by complete cessation of the local pain. *Lancet*, Lond., 1886, II, 444.

Duguet. — Leçon sur la tuberculose linguale. *Ann. méd. chir. franç. et étrang.* Paris, 1875, I, 185-195.

Jores. — *Ueber das tuberkulöse Zùngengeschwür.* Würzb, 1885. Becker, 32 p. 8°.

Habermaas (Otto). — *Ueber Tuberkulose der mamma und einige andere seltene Fälle von chirurgischer Tuberkulose.* Tübingen, 1885. H. Laupp., p. 35 p. 8°.

Folet. — Tubercules de la mamelle. *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1885, XXIV, 551.

Wojtasiecwicz (Eug.-Charles-Stanislas). — *Essais sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale.* Par., 1886, 96 p. 4°, n° 304.

Mules. — Tubercle of the eye and its appendages in its relation to general tubercular infection. *Ophth. Rev. Lond.*, 1885, 1-12, 2 pl.

Thiéry (P.). Tuberculose mammaire. Signes. Diagn. Pronostic. Traitement. *Études sur la tuberculose*, fasc. V., 1890.

5° Tuberculose ganglionnaire.

Falkson. — Zùr Lehre vom ganglion nebst einem kùrzem Anhange über die fongöse Sehnenscheidenentzündung, *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1885, XXXII 58-86.

Duret. — Caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques et leur traitement. *Congrès de la tuberculose*, p. 573.

Allbutt. — *On scrofulous neck, and on the surgery of scrofulous glands.* Lond., 1885, J. et A. Churchill, 32 p. 8°.

Teale. — Clinical lecture on the surgery of scrofulous glands. *Med. Times* et *Gaz. Lond.*, 1885, I 35; 71.

Franks. — On the nature of scrofulous glands in the neck, and the surgical treatment. *Tr. Acad. M. Ireland Dubl.* 1886, IV 160-180.

Fenwick (G.-E.). — Scrofulous on tuberculous glands of the neck. *Canada. Lancet*, Toronto, 1886-7-XIX, 193-196.

Verchère (F.). — D'un nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. (*Études sur la tuberculose*, fasc. I, p. 317.)

Dandois. — Des Adénites tuberculeuses. *Revue méd. Louvain*, 1889, VIII, 385, 439.

Forgue. — Traitement de l'adénite tuberculeuse, *Gaz. des hôp.* Par., 1889, 337-381.

Kay. — Enucleation of tuberculous glands. *Med. Reg.* Phila, 1889, v. 121-123.

Treves. — The Treatment of scrofulous glands. *Lancet.* Lond., 1889, II 582-584.

Treves (F.). — Rest in the treatment of scrofulous neck. *Lancet, Lond.*, 1886, I, 1060-1062.

Jeannel. — Recherches sur les résultats et les indications de l'extir-

pation des ganglions tuberculeux. *Rev. méd. de Toulouse*, 1885, XIX. 609-624.

Casati (**E.**). — *Scrofolosi o tuberculosi e l'estirpazione delle glandole linfatiche tubercolari.* Roma, 1886, E. Loescher et C. 8° L. 250.

Franks (**K.**). — The nature and surgical treatment of scrofulous cervical glands. *Dublin, J. M.*, 1886, 3. s. LXXXII, 316-321.

Bejohr (**Curt.**). — *Ueber die Behandlung der tuberkulösen Halsdrüsen. Wurzb.*, 1885, Becker. 23 pr. 8°.

Wickery (**H.-F.**). — Enlarged cervical glands. *Boston m. ev. S. J.*, 1886, CXIV, 219-221, disc. 229.

— *Also : J. Am. m. ass., Chicago*, 1886, VI, 313-316.

Fenwick (**G.-E.**). — Scrofulous on tuberculous glands of the neck. *Canada M. et S. J., Montreal*, 1886-7, XV, 207-215.

Von Lesser. — Uber die operative Behandlung verkäsender Lymphdrüsen Auschwellungen. *Centralbl. f. chir.*, 1882, IX, p. 353-358.

Lejars. — Traitement de la tuberculose des ganglions lymphatiques. *Traité classique de path. externe* publié sous la direction de Duplay et Reclus. Tome I, p. 737. Paris 1890.

6° Tuberculose testiculaire.

Altenberg (**Hermann**). — *Ueber Hodentuberculose.* Hersfeld, 1885. 23 p. in-8°.

Renaud. Fongus tuberculeux des deux testicules, Castration. *J. d. sc. méd. Lille*, 1888, XII-55.

Bennett. — On the occurrence of tubercular disease of the testis as a local affection, particularly with reference to the desirability of early castration in certain cases. *Med.-Chir. Tr. Lond.*, 1888, LXXI-139-148.

Bloxam (**J.-A.**). — Case of strumous disease of both testicles ; removal. *Med. Press et Cir., Lond.*, 1886, n. s., XLII, 90.

Puzey. — Case of tuberculous testicles. Liverpool, *M. Chir. J.*, 1887, VII, 226.

Trivino. — De la tuberculose du testicule. *Revista de Sanitad militar*, n° 4.

Rockwell. — Tuberculosis of the genito-urinary tract, more especially as involving the kidney and testicle. *N.-York, M. J.*, 1885, XLI-32-35.

Laënnec. — Tuberculose généralisée immédiatement après l'ablation d'un testicule tuberculeux. Observation et réflexion. *Gaz. méd. de Nantes*, 1886-7, V. 117.

Terrillon. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose testiculaire. *Progrès méd., Paris*, 1886, 2 s., III, 37-39.

Dugan (**C.**). — Tuberculosis of the testicle; its pathology, prognosis and treatment, with remarks on general and local tuberculosis (syn. tubercular testicle, tubercular sarcocele, scrofulous testicle, phthisis testis, and circumscribed orchitis). *Alabama M. et S. J., Birmingh,,* 1886, I, 171-179.

Gavaert. — Testicule tuberculeux chez un enfant de dix-huit mois; castration; guérison. *J. de méd., chir. et pharmacol.*, Brux., 1886, LXXXIII, 373-376.

Taylor. — Tubercle of the testis. *Ann. J. m. Sc. Phila.*, 1887, n. s. XCV-43-50.

Bouilly. — Prostatite tuberculeuse suppurée; fistules périnéales, grattage et ablation de la prostate à la cuiller tranchante; guérison. *Bullet. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 1885, n. s., XI-576-578.

Arango. — Tuberculose du testicule. Castration. Guérison. *Rev. méd. de Chir.*, p. 556.

Monks. — Tuberculosis of testicle in an infant. *Brit. M. J.* London, 1884, II, 1279.

Wharton. — Tubercular testicle. *Union m.* Mag. Phila., 1888-89, I-373.

Wyman. — Tubercle of testicle. *South. Clinic. Richmond*, 1889, XII-353-355.

Albertini. — Note sur un cas d'orchite tuberculeuse bilatérale traitée par la castration; suites immédiates et éloignées. *Province méd.*, Lyon, 1889, III-484.

7° Tuberculose périanale.

Mathews (J.-M.). — New operation for fistula in ano. *Progress., Louisville*, 1886, I, 20-22,

Matringhem. — *Des collections purulentes et des fistules bilatérales de la région anale.* Par. 1885, 31 p. 4° n° 238.

Mourret. — *Contribution à l'étude de la tuberculose ano-rectale.* Par. 1887, 102 p. 4° n° 42.

Ceccherelli. — Della fistola all'ano. *Riv. ital. di terap. ed ig. Piacenza*, 1885 v. 196-198.

Francon. — *De la fistule anale, étiologie et traitement.* Lyon 1884, 103 p. 4° n° 230.

Bodenhamer. — The coexistence, on the complication of anal fistula with phthisis pulmonalis; its pathology, treatment, and cure, considered with reference only to such connection. *Med. Rec., N. J.*, 1886, XXX, 337-340.

Von Kozuchowski (Stanislas). — *Statitisch cazuisticher Beitrag zur Kenntniss der Fistula ani.* Dorpat., 1886. H. Laakmann 77 p. 8°.

Trélat (U.). — Des fistules à l'anus. *Progrès méd.* Par. 1885, 2. S. II, 533-536.

Glover (E.-E.) — The treatment of anal fistula associated with phtisis. *J. am. ass., Chicago*, 1886, VII, 561-565.

Monetti (J.-N.). — Pyogenic upon after operation for fistula in ano *J. am. m. ass., Chicago*, 1886, VI. 372.

8° Tuberculose des os. arcès ossifluents

Bolling. — Nekros of clavicula, humerus, tibia, tuberkulösa abscesso operationes; *Nelsa. Hygiea. Stockholm*, 1886, XLVIII, 758.

Leser. — Ueber die Behandlung der Senkungsabcesse bei tuberculosen Erkrankungen der Wirbelsaule und der Beckens. *Centralbl. f. orthop. Chir. Bern.*, 1886, III, 41-43.

Pichon. — *Contribution à l'étude des abcès froids périostiques du thorax*, Par. 1886, 59 p. 4° n° 237.

Terrillon. — Abcès froids ossifluents. *Prog. méd.* Paris 1887, 2 s. V. 23, 63.

Letulle. — Note à propos d'un abcès froid ossifluent scrofuleux, non bacillaire et non inoculable. *France méd.* Par. 1885, I, 471; 483; 495.

Picqué. — Ostéite tubercul. du rocher; pachyméningite de voisinage; compression du nerf trijumeau; phénomènes divers dans la zone de ce nerf; mort. *Gaz. méd.* Par. 1885, 7 s. II, 328.

Rustitski. — Suppurating abcess; resection of manubrium and upper half of sternum. *Chir. Vestnik*, Saint-Pétersbourg 1887, III, 465-467, 1 pl.

Broca (A.). — Perforation tuberculeuse du sternum. Ostéites tuberculeuses multiples. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1884, LIX, 330-332.

Gangolphe. — Tuberculose osseuse; abcès ossifluent intra-médullaire. *Lyon méd.*, 1888, T. IV, 145-148.

Bœckel. — Cure des abcès ossifluents volumineux de la cuisse d'origine vertébrale. *Cong. français de chir. Proc. verb.* etc., 1886, I, 249-251.

Fraenkel. — Zur Behandlung der tuberculosen Wirbelcaries. *Wien. klin. Wochenschr.* 1888, I, 321-323.

Terrillon. — Abcès froids des parois thoraciques. *Prog. méd.*, Par. 1885, 2 s. I, 81-83.

Minin. — Treatment of tuberculosis of bones *Vrach*, St-Pétersb, 1888, IX, 603, 605.

Park. — A further study of tuberculosis of bone and its early operative treatment. *Méd. Press. West.* N. York Buffalo, 1887, II, 1-16.

Richelot. — Ce que la chirurgie peut faire d'un tuberculeux. *Congrès de la tuberculose*, p. 634.

Harlet. — *Abcès froids péri-osseux*. Lille 1888, 50 p. 4° 3 s. n° 50.

Buffet. — Ostéite tuberculeuse des vert. lomb., résection. *Gaz. des hôp.* 2 déc., 1886.

Forgue. — Traitement de la tuberculose vertébrale. *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Montpellier, 1889, XI, p. 25, 49, 51.

Lannelongue. — *Tuberculose vertébrale*, Paris, 1888.

Trèves. — On the direct treatment of spinal caries by operation. *Medical News*, p. 54, 1884.

Schede. — Des abcès par congestion consécutifs aux affect. tub. de la colonne vertébrale, XV. *Congrès Soc. all. de chir.*, Berlin, 7-10 avril 1886.

M. Arthur (L. L.). — Surgical Tuberculosis of Bones *N. Am. Practitioner*, Chicago, I, p. 115-120, 1889.

Sprengel. — Traitement comparatif de la tuberculose osseuse. *Congr. des natur. Allem.*, Cologne, octobre 1888.

Cator. — Tuberculose de l'os malaire. *Thèse de Paris*, 1888.

Reverdin et Mayor. — Ostéo-arthrite tuberc. sterno-claviculaire, subluxation, abcès ossifluent sous-pectoral. Résection, guérison. *Rev. médic. Suisse romande*, juin 1886.

Dozzi. — Annotazioni cliniche sopra nove ascessi ossifluenti da carie granulo fungosa, resezione, drenazzio, inezione et iodoformio. *Riv. veneta d. sc. med. Venizia*, VII, p. 357, 374, 1887.

Trélat. — Tuberculose des os et ostéo-myélite prolongée. *Gazette des hôpitaux*, 24 mai 1887.

Parrot. — Du spina ventosa. *Gaz. méd. de Paris*, p. 661, 677, 694, 1880.

Piéchaud. — Traitement du mal de Pott. Spina ventosa ; *Maladies chirurgicales de l'enfance.*

Ollier. — Intervention pour tuberculoses osseuses. Arthrectomie. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 357, 1889.

Goetz. — Du spina ventosa. *Th. doct. Paris*, 1877.

Lannelongue. — Spina ventosa. *Congrès français de chirurgie*, 1889.

Kiener et Poulet. — De l'ostéo-périostite tuberculeuse chronique ou carie des os. *Arch. de physiologie*, 15 février, p. 252, 1883.

Kirmisson. — Abcès par congestion, in *Traité de pathologie externe.*

Arbaud. — Un cas de spina ventosa chez l'adulte. *Gaz. méd. de Bordeaux*, août 1886.

Potherat. — Ostéomyélite et tuberculose. *Bull. Soc. Anat*, p. 758, 1888.

Brezzi. — De l'ostéite tuberculeuse des métacarpiens et des phalanges et de leur traitement. (*Thèse de Paris*, 1889.)

Saint-Germain. — Spina ventosa et son traitement. *Bulletin médical*, 4 déc. 1887.

Picou. — Dactylite tub. (spina vent.) Opération par M. Labeda. *Gaz. méd. chir. Toulouse*, XX, p. 97, 1888.

Vilette. — De quelques affections osseuses. *Bulletin médical du Nord*, Lille, XXVII, p. 12-25, 1888.

Lannelongue. — *Abcès froids et tuberculose osseuse.* Paris, 1881.

Heydenreich. — Traitement de la tuberculose osseuse, art. Os, in *Dict. encycl. des sciences médic.* 2me série XVIII.

Voguet. — Contribution à l'étude de la dactylite strumeuse infantile. *Thèse de doctorat*, Paris, 1877.

Jelks. — Deux cas d'ostéomyélite tuberculeuse du tibia. *The journal of the Americ associat. Chicago*, août 1889.

Greenish. — Trois cas d'ostéite chronique de l'extrémité inférieure des os de la jambe. *Lancet*, 25 août 1883.

Durante. — Tuberculose et pseudo-tuberculose des os et des synoviales, *IVe congr. Soc. ital. de Chir. Gênes*, et *Gaz. méd. Lomb.*, 1887.

Audry. — Des ostéites de l'omoplate. *Revue de chirurgie*, 11 nov. 1887.

Gosselin. — Tuberculose des os. *Dict. méd. et chir. prat.* XXV, p. 311, 1878.

9° Tuberculose articulaire et osseuse.

Dupin. — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs blanches par les injections interstitielles et intra-articulaires d'éther iodoformé. *Gaz d'hôp. Toulouse* 1888, II, 3 ; 11, 33 ; 41 ; 58 ; 66 ; 113 ; 129 ; 161 ; 193 ; 217 ; 225 ; 236 ; 257 ; 267 ; 273 ; 313 ; 329.

Kœnig. Die tuberculose der Knochen und Gelenke. (*Rev. by Dr. H. Treub.*) *Nederl. Tisdsch. v. geneesk. Amst.* 1885, XXI, 21-30.

Ashhûrst. — Résections. *Encycl. internat. chir. 8 Par.* 1885, IV, 657-740.

St-Germain. — Tumeurs blanches. *Ann. méd. chir. franc. et étrang.* Par. 1885, I, 43-48.

Bouchez. — Contribution à la pratique des résections. *Arch. de méd. et pharm. mil. Paris.* 1885, VI, 81-108.

Ceccherelli. — *La tuberculosi nelle malattie delle ossa e delle articulazion.* Bologna, 1885, 8°.

Read. — Tuberculosis of the joints. *Gaillard's M.J. N.Y.* 1887, XLIV, 125-128.

Tichomiroff. — Two cases of tumor albus. Méd. Obozr. Mosk 1887 XXVII 867-875.

Müller. — Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der tuberculösen Knochenherde. *Deutsche Ztschr. f. chir.* Leipz. 1886. 7 XXV. 37-81, 2 pl.

Dennis. — The relations between tuberculous joint disease and general tuberculosis *N.-York M. J.* 1884 XL 713-718.

Barker. — Three lectures on tubercular joint disease and its treatment by operation. *Brit. M. J. Lond*, 1888, I 1202. 1259 ; 1322.

Bouchard. — Scrofulo-tuberculose des os. *J. de méd. Bord.* 1886. 7 XVI. 253-259.

Vincent. — Ostéopathies scrofulo tuberculeuses ; tubercules des os. *Encycl., internat de chir.* Paris 1885, IV. 307-338.

Simon (A.). — *Des ostéo-arthrites tuberculeuses dans les articulations des membres.* Montpell. 1884, 65 p. in-4° n° 58.

Ollier. — Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire. *Cong. périod. intern. des sc. méd. Compt. Rend.* 1884. *Copenh.* 1886, II. Sect. de chir. 47-69.

Angerer. — Ueber Gelenktuberculose. *München. med. Wochenschr.* 1888, XXXV, 435-437.

Kœnig. — *La tuberculose des os et des articulations d'après les observ. personnelles de l'auteur.* Traduit de l'allem. par Dr Paul Liebrecht. Brux. 1885. A. Manceaux 8°.

Stamm. — Tuberculose of bones and joints. *J. Am. M. Ass. Chicago.* 1887, VIII, 259-262.

Bouchard. — Scrofulo-tuberculose des os. *Mém. et bull. Soc. méd. et chir. Bordeaux.* (1886) 1887, 600-620.

Angerer. — Die operative Behandlung der Gelenktuberculose. *München. med. Wochenschr.* 1886, XXXIII, 831-852.

Marsh. — *Diseases of the joints.* Lond. 1887. Cassel et Cie, 471 p. 1 pl. 12.

Bunn. — *Acute Gelenks tuberculose. Wurzb* 1885. P. Scheiner 47 p. 8°

Chamorro. — *Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë des articulations*, (hydarthrose tuberculeuse aiguë), Paris 1888, 50 p. in-4, n° 301.

Pilcher. — Note on amputations for joint disease when lung tuberculosis coëxists *N. York M. J.* 1886, t. XLIV, liv., 691.

Korff. — Ueber die Endresultate von Gelenkresectionen (Klinick von prof. Dr Maas in Würzburg). *Deutsche Ztschr. f. chir. Leipz.*, 1885, XXII, 149-163.

Hager. — Die Behandlung der Gelenkentzündungen mit Auswachsungen und Injectionen. *Deutsche. Ztschr. f. Chir. Leipz*, 1887-8, XXVII, 143-172.

Fedor Krause. — Die Tuberkulosen der Knochen und Gelenke, *Berl. Klin. Woch.* déc. 89, n° 48, p. 1058.

Boeckel (J.). — Statistique (tableaux) des opérations pratiquées pour tuberculoses articulaires, *Gazette de Strasbourg*, 1890, n° 1.

Boeckel (J.). — Résultats immédiats et éloignés de 204 cas d'amputations et de résections pratiquées de 1875 à 1888 pour des tuberculoses locales. Congrès de chirurgie 1889 et *Gazette médicale de Strasbourg*, 1890, n° 3.

Pawlowsky. — Sur les formes mixtes de la tuberculose des articulations, *Ann. Institut. Pasteur*, octobre 1889.

Riedel. — Die operative Behandlung tuberkulöser Gelenke. *Pest. méd. chir. Presse*, Budapest, 1889, XXV, 596.

Picqué. — Tumeurs blanches, *Dict. encycl. d. sc. méd.*, Paris, 1888, 2 s, XVIII, 356-387.

Ribera y Santos. — Breves consideraciones acerca de la intervencion operatoria en la tuberculosis ossea y articular de los ninos. *Aetas. long. gynec. espan.* Madrid, 1888, I, 396-402.

Riedel. — Die operative Behandlung tuberkulöser Gelenke. *Cor. Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen Weimar*, 1888, XVII 679-696.

Van Smschoot. — Arthrites fongueuses. *Ann. Soc. chir.* de Gand, 1888, VIII, 197-208.

Feager. — Tuberculosis of bones and joints. *West. M. Reporter Chicago;* 1889, XI, 266-273.

Krause. — Ueber die Behandlung tuberculöser Gelenkerkrankungen mittelst iodoformeinspritzungen. Capitel aus der demnächst erscheinenden Monographie « die tuberkulose der Knochen und Gelenke. *Berl. Klin. Wochschr.*, 1889, XXVI 1058-1060.

Gerster. — The modern operative treatment of tubercular joint affections. *Tr. M. Soc. N. Y.* Syracuse 1888, 478-488.

Mayländer. — Studien uber Tuberkulose in besonderen der grossen Gelenke und Gelenkenden. *Ztschr. d. Berl. Ver homöop.* Aerzte, 1888, VII 330; 371; 1889, VIII, 1.

Reclus. — Abcès froids, ostéites et synovites tuberculeuses. *Traité de pathologie externe.* Paris 1885.

Ashurts. — Etude sur les résections des grandes articulations : 120 cas, 19 épaules, 40 hanches, 51 genoux, 6 cou-de pied. *American Surg. associat.*, in *Journal of Americ med. Associat.*, p. 457, 1888.

Plum. — Por arthrectomi eller resektion forctrakkes vest den tuberculose gonites has Born. *Hosp. Tid. Kjobenh.* 3r. VII, p. 25-40, 1889.
Reclus. — Clinique et crit. chirurgicales : *Arthrite synov. tub. et abcès par congestion*, 1884.
Lannelongue. — Sur les fongosités articulaires, *Bull. et mém. Soc. chir.*, 512, 1882.
Barwell (R.). — Traitement de la synovite articulaire strumeuse. *Encyclopédie internat. de chirurg.*, IV, p. 549, 1885.
Kade. — Contribution à l'étude de la tuberculose des os et des articulations. *S. Pétersb. med. Wochens*, p. 14-15, 1882.
Guinier. — De l'emplâtre mercuriel dans le traitement des tumeurs blanches. *Moniteur de thérapeutique*, 1879.
Mollière (D.). De l'extirpation préventive des fongosités péri-articulaires. *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1882.
Lucas-Championnière. — De l'emplâtre mercuriel dans le traitement des tumeurs blanches. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, oct., nov. 1888.
Bidder. — Sur les méthodes de traitement actives et expectatives de la tuberculose articulaire. *Deutsche zeitschrift f. chirurgie* XXI, p. 80, 1885.
Kœnig. — La tuberculose articulaire. *Centr. f. chir.* p. 531, 1879.
Poulet. — De l'hydarthrose tuberculeuse. Rapp. de Chauvel. *Bull. et mém. Soc. chir.* p. 904, 1884.
Socin. — De la tuberculose articulaire. *Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril 1886.
Mazzoni. — Chirurgia articulare 12 resezioni, 9 arthrectomies, 3 arthrotomies. *Spallanzani-Roma*. 2me s. XVI, p. 345-351, 1887.
Dufour. — De l'arthrite tuberculeuse. *Thèse de Bordeaux*, 1884.
Sée (**M.**). — Rapport sur une communication du docteur Suchard relative au traitement des tumeurs blanches. *Bull. et mém. Soc. chir.*, p. 369, 1879.
Baraban. — Les résultats éloignés des résections des grandes articulations. *Thèse d'agrégation*, 1883.
Kœnig. — Les opérations sur les articulations. *Soc. méd. berlinoise*, 3 nov. 1886.
Letiévant. — Nouvelle méthode d'opération des tumeurs blanches ou abrasion intra-articulaire ou encore arthroxésis. *Lyon médical*, t. XXXII, p. 370, 1879.
Imschoot (van). — Arthrites fongueuses. *Ann. soc. méd.* Gand, 1888, LXVII, 197-208.
Descous. — Contribution à l'étude des arthrites tuberculeuses. *Thèse de Montpellier*, 1885.
Dhourdin. — Du traitement des tumeurs blanches par l'appareil de Scott. *Gaz. méd. de Picardie*. Janv. 1885.
Suchard. — Traitement des tumeurs blanches. *Bull. et mém. Soc. chirurgic.* 1879.
Podrèze. — De l'intervention hâtive dans les affect. tuberc. artic. *Congrès des méd. Russes*, 1889.
Laprade (**de**). — Traitement de l'arthrite fongueuse par l'abrasion intra-articulaire. *Thèse de doctorat*, Paris, 1880.
Ardle. — The treatment of tubercular diseases in and near-joints

(Read before the section of surgery Roy. Acad. of med. in Ireland). *The Dublin journal of medic. sc.* 1er février, avril 1889.

Zamelis. — Des arthropathies tuberculeuses et des inflammations tuberculeuses péri-articulaires. *Thèse de doctorat*, Paris, 1882.

Ceccherelli. — Opérations conservatrices dans la tuberculose des os et des articulations. *Ann. méd. ital. Pérouse*, 1885.

Caumont. — Traitement des arthrites chroniques du membre inférieur. *Deutsch. zeitsch. f. chir.*, XX, p. 138, 1885.

Bock. — Contribution à l'étude de l'arthrite mono-articulaire chronique et de son traitement. *Journal méd. chir. et pharm. de Bruxelles.* 1889, LXXXVI, 353-359.

Boulengier. — Tumeur blanche, carie, spina ventosa. *Presse médic. belge.* 1889, XLI, 177-179.

Vincent. — Arthrotomie ignée substituée aux résections. *Lyon médical*, 26 fév. 1888.

Berry. — Contribution à l'étude de l'arthroxesis ou abrasion intra-articulaire dans le traitement des arthrites fongueuses. *Thèse doct.* Bordeaux, 1889.

Ribera. — Critique des divers trait. proposés pour la guérison des arthrites. *Ann. r. Acad. médic.* Madrid, 1888, VIII, p. 5-69.

Rossi (de). — Résultats de la cure non sanglante des tub. osseuses et articulaires. 4e *congrès soc. italiano-lombard*, 1887, 18-19-20-21-179-186.

Schreiber. — Des résections articulaires dans les affections tuberculeuses. *Münchener med. Woch.* 1886, n° 75.

Calliouzis. — Arthrite tuberculeuse commençante, arthrotomie, guérison sans ankylose. *Revue de chirurgie*, Janv. 1887.

Aussenal. — Ostéo-arthrite tuberculeuse, son traitement par la résection sous-périostée. *Thèse de Montpellier*, 1888, n° 56.

Soulter (Albert). — Contribution à l'étude des résections atypiques. *Thèse de Genève*, 1887.

Gibney (V.-P.). — Treatment of tubercular affections of the joint. *T. m. soc.* 1888, p. 488-491.

10° Tuberculose articulaire.

A. *Articulation de l'épaule.*

Bérenger Féraud. — Contusion de l'épaule; arthrite traumatique, dégénér. en tumeur blanche; carie du scapulum; ostéomyélite de l'humérus; ablation du bras avec extirpation totale de l'omoplate, guérison. *Arch. de méd. nav.* Paris, 1885, XLIII, 302-313.

Foulquier. — *De la scapulalgie ou ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule.* Par., 1885, 76 p., 1 pl., n° 176.

Dodero. — Arthrite tuberculeuse de l'épaule; résection. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1889, XIII, 187-191.

Bœckel (J.). — Contribution à l'étude de la résection de l'épaule. *Soc. méd.* Strasbourg, août 1887, XXIV, p. 135-163.

Vivien. — Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation scapulo-humérale. *Th. de doct.* Paris, 1888.

B. *Articulation du coude* (1).

Halsted. — Cases of partial resection of the elbow and shoulder for tuberculosis, and of the ankle for traumatism. *N.-York M. J.*, 1884, XL, 619.

Gerster. — Exsection of the elbow for tuberculous disease. *N.-York-M. J.*, 1887, XLVI, 553.

Trélat. — Ostéite tuberculeuse du coude. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1885-p. 506.

Gelly. — Tumeur blanche de l'articul. huméro-cubit., résect. guérison. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1888, XVI, 686-692.

Richelot. — Rapport sur une communication de M. Houzel, intitulée : Tumeur blanche du coude gauche; résection de l'humérus, du radius et évidement de l'olécrâne; guérison avec conservation partielle des mouvements. *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris,1886, n. sp, XII, 758.

Coppens. — Résection articulaire pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude en voie de suppuration avec ankylose dans une position vicieuse. *Bull. méd. du Nord*, n° 4, p. 150, 1889.

Piéchaud. — Sur un cas d'ostéo-synovite fongueuse du coude; indications opératoires. *Gaz. hebd. des sc. méd.* Bordeaux, 1889, X, 123. 128.

Bouilly. — Tumeur blanche du coude. *Gaz. des hôp.* 20 sept. 1886.

Creveling (J.-P.). — Excision of the joints of both elbows. *Tr. med. Soc. N.-Y.* Philadelphie, 1889, II, p. 666.

D'Antona. — Synovite tuberculeuse de l'articulation du coude gauche. Arthrectomie. *Riforma medica*, mars 1888.

Houzel. — Tumeur blanche du coude gauche, résection de l'humérus, du radius et évidement de l'olécrâne. Guérison avec conservation partielle du mouvement. *Bull. soc. chirurgie*, 1887, XII, p. 758.

Krönlein. — Arthrectomie pour tumeur blanche du coude. *Con. bl. f. schweizer aerzte*, 1889, p. 149.

Polaillon. — Résection du coude. *Bull. et mém. soc. chir.*, mars 1886.

Verneuil. — Tumeur blanche du coude, résection sous-périostée, guérison. *Gazette des hôpitaux*, 15 janv. 1887.

Wyeth. — Résection du coude. *N.-York Surg. Soc.*, 23 mars 1887.

Lane. — Caries of ankle-excision, godd result — excision of elbow joint for caries. *North Car. J. Washington*, 1888, XXI, p. 140-141.

C. *Articulation du poignet.*

Fahrenbach. Ueber modificirte Resection bei Tuberculose des Handgelenks. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* Leipz., 1886, 7, XXV, 12-36.

Gangolphe. — De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses, technique; résultats définitifs. *Rev. chir.*, Par., 1887, VII, 706-715.

Chevassu-Perigny. — Résection du poignet. *Thèse de Paris*, 1886.

Gangolphe. — De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fongueuses. *Rev. de chirurgie*, 1884, p. 340.

(1) Voir aussi articulation coxo-fémorale — Wilcox.

Le Bec. — Kyste séreux à grains riziformes du poignet, incision, lavage, guérison. *Gazette des hôpitaux*, 5 avril 1887.

Le Dentu. — Résection du poignet pour ostéo-arthrite tuberculeuse, guérie en moins d'un mois sous un seul pansement. *Bull. et mém. soc. chirurgie*, 1888, XIV, p. 165.

Nepveu. — Contribution à la résection pathologique du poignet. *Rev. de chirurgie*, 1883.

Ollier. — Indications et résultats de la résection du poignet. *Congrès de La Rochelle*, 1882, p. 815.

Ollier. — De la conservation de la main par l'ablation des os du carpe et la résection radio-carpienne. *Compt. rendu Acad. des sciences*, 1884, t. LXXXXIV.

Polaillon. — Résection du poignet pour une arthrite fongueuse. *Bull. et mém. soc. chir.*, 1885.

Sacré. — Résection du poignet pour carie, guérison. *Journal de méd. et chir. prat.* Bruxelles, 1889, XXXVIII, p. 227.

Schwartz. — Synovite à grains riziformes de la gaine interne du poignet, opération, guérison. *Bull. et mém. soc. de chir.* 1883, p. 470.

Terrillon. — Kyste synovial à grains riziformes du poignet, incision, grattage, guérison. *Bull. et mém. soc. de chir.*, déc. 1886.

Renken. — De l'ostéomyélite des os courts de la main et du pied chez les enfants scrofuleux (spina ventosa) et de ses rapports avec la tuberculose. *Jahrb. f. Kinder*, 1886, XXIV, p. 3.

D. *Articulation sacro-iliaque.*

Van Hoock. — The treatment of sacro-iliac tuberculosis. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1888, XI, 532-554.

Provendier. — *De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie.* Par. 1887, 94, p. 4, n° 27.

Herriek. — Opération for sacroiliac tuberculosis. *West. méd., reporter.* Chicago, 1889, XI, 205.

Lorenz. — Traitement de la spondylite tuberculeuse. *Wiener Klin.* Mai 1889.

E. *Articulation coxo-fémorale.*

Postempski. — Resultati resezione dell anca nelle arthro-sinovite tubercolare. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1886-7, VIII, 284-289.

Charon. — Coxalgie ; résection de la hanche. *Press. méd. belge*, Brux., 1888, XL, 161-163.

Bardeleben. — Resectio coxæ, genu. Charit. *Ann.* 1883, *Berl.*, 1885, X, 464-468.

Wilcox. — Morbus coxarius; excision of head od femur. *N. Am. J. Homœop, N. Y.* 1888, 3 s, III, 129. Tuberculosis of elbow joint excision ibidem 131. Tuberculosis of knee joint ; excision. Ibid. 127.

Goffart. — *Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant.* Par., 1888, 93, p. 4°, n° 323.

Bœckel. — Résumé du mémoire sur la résection de la hanche dans

la coxalgie infantile. Ses indications et ses résultats ultérieurs. *Gaz. méd. de Strasb.*, 1885, 4, s. XIV, 7 3.

Duret. — Leçons cliniques sur la coxalgie. *J. des sc. méd.* Lille, 1887, II, 385-392.

Battle. — Résection des deux hanches, guérison. *Lancet,* oct., 1889.

Bilhaut. — Coxalgie, coxo-tuberculose. *Ann. d'orthop. et chir. prat.* Par., 1889, III, 33-38.

Ollier. — De la résection de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée, envisagée spécialement au point de vue de ses résultats définitifs. *Bull. Acad. de méd.* Par. 1889, 2 s. XXI, 693-697.

Nicaise. — Nature tubercul. des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes de la cuisse. *Rev. chir.*, Par. 1885, v. 609-635.

Weiss. — Contribution à l'étude de l'arthrotomie de la hanche. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1889, XXI, 195-220.

Attenburow. — Du traitement des affections de la hanche, *The Lancet*, 14 août 1875.

Barker (A.-E.). — Primary union alter excision of tubercular hip-joint. *Brit. med. Journal, London*, p. II, 1336-1338, 1888.

Barker (A.-E.). — An address on a useful technic in removing tubercular disease from the hip-joint, delivred before. *The Brighton medical. and chir. Society.* Dec. 1888 *Brit. med. journal London* I, 121, 123, 1889.

Charon. — De la résection de la hanche chez les sujets de la seconde enfance. *Journ. de méd. de Bruxelles*, mars 1887.

Croft (J.). — De la coxalgie et de son traitement précoce. *Brit. med. journ.* p.1143, 1885.

Krause. — Du traitement et des soins consécutifs de la résection de la hanche, 18e *Congrès des chirurgiens allemands,* avril 1889.

Lannelongue. — *Coxo-tuberculose.* Paris, 1886.

Le Bec. — Deux coxalgies tuberculeuses suppurées guéries par la résection de la hanche. *Gaz. des hôpitaux*, 13 sept. 1887.

Turretta. — La coxalgie et la résection coxo-fémorale. *Giorn. int. di sc. med.* 1887.

F. *Articulation du genou* (1).

Gèghre. — *Résection et tuberculose du genou, indications, résultats,* Lyon, 1886, 104 p., 2 pl. n° 325.

Fuzerot. — *Quelques considérations sur l'arthrotomie appliquée au traitement des arthrites fongueuses du genou et du coude et son manuel opératoire,* Par. 1886, 40 p. 4° n° 55.

Chauvel. — Rapport sur quatre observations d'arthrectomies du genou, faites pour tumeurs blanches, par le Dr Delorme, *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1888, n. s., XIV, 218-224.

Mugnai. — *Resezioni e artroectomie nelle affezioni fungose del ginocchio sperimentale.* Firenze, 1887, LX, 354-376.

Pascale. — Sinovite ed osteomielite tubercolare del ginocchio destro;

(1) Voir aussi articulation coxo-fémorale. — Wilcox.

resezione guarigione per primam. int. *Gazz. d. osp.* Milano, 1887, VIII, 675-77.

Fenwick. — Résection du genou. *Encycl. intern. chir.* 8° Par., 85, IV, 741-747.

Oudaille. — De l'*hydarthrose tuberculeuse.* Par. 1884, 4°.

Pollard. — The treatment of tubercular disease of the knee joint by arthrectomy. *Lancet*, Lond. 1888, I, 1186; 1241.

Chauvel. — De l'hydarthrose tuberculeuse, par le Dr Poulet. Rapport *Bullet. mém. Soc. de chir.* Paris, 1884, n. s. X 904-908.

Mac Gill. — De la résection du genou. *J. de Méd. chir. et pharmacol.* Brux, 1886, LXXXIII, 635-638.

Delorme. — Quatre cas d'arthrectomie du genou. *Gaz. méd.* Par. 1888, LXI, 379-388.

Banks. — Excision of knee joint *Liverpool, M. chir. J.*, 1887, VII, 404-408.

Dudon. — Résection du genou. *Mém. de Soc. chir. et méd. de Bordeaux*, 1886, 250-253.

Brachini. — Osteosinovite fungosa del gomito; artrotomia ignea e riscaldamento articolare combinati al trattamento antisettico con l'iodoformio e alla immobilita; resultato completo. *Sperimentale*, Firenze, 1886, LVIII, 621-624.

Gerster. — Exsection of the knee joint for tuberculosis, *Med. News.*, Philad., 1887, I. 650-653.

Stoker. — Excision of the knee joint. *Lancet.* Lond. 1887, I, 1091.

Tillaux. — Tumeur blanche du genou : amputation de cuisse. *Gaz. des hôp.* Par, 1885 LVII, 281.

Frey. — Fungus genu synovialis; injection der Kollischer'schen Kalklösung; Zerfall der fungösen Massen; arthrectomie; Heilung. *Wien, med. Presse*, 1888, XXIX, 1324.

Mollière. — Note sur la résection du genou. *Lyon méd.*, 1888, LIX, 266-71.

Steele. — Two knee joint excisions. *Saint-Louis, Cour. méd.* 1888, XX, 385-96.

Gibney. — Tuberculose du genou. *Internat. journal of surgery*, p. 134, juin 1889.

Gerster. — Résection du genou pour tuberculose. *Internat. journal of surgery*, p. 162, juill. 1889.

Heinke. — *Ueber die Resection des Kniegelenkes.* Boun, 1888. J. Bach, 39 p. in-8.

Kocher. — Arthrotomia et resectio genu. *Arch. f. klin chir.* Berlin, 1888, XXXVII 800-807.

Lancry. — Tumeur blanche suppurée du genou datant de treize ans; amputation de cuisse. Epistaxis; réunion par première intention. Réflexions diverses. *J. des sc. méd.* Lille, 1888, II, 463-468.

Manteuffel. — Ueber die Behandlung fungösen Kniegelenkentzündung mittelst Resection. *Deutsche, Ztsch. f. Chir.* Leipzig, 1888-89, XXXIX, 113-167.

Pascale. — Sinovite tubercolare dell' articolazione del gomito sinistro; artrectomia. *Oss. di patol. e clin. chir.* 8° Napoli, 1889, 203-207.

Thomson. — The operative treatment of tubercular disease of the knee joint. *Brit. M. J. Lond.*, 1889, II, 1273-1275.

Bœckel. — De la résection du genou. Etude basée sur une série de

64 observat. personnelles. *Gaz. méd. de Strabourg*, 1889, XLVIII, 49; 61, 73, 85.

Gerster. — Exsection of the knee joint for tuberculosis. *N.-York, M. J.*, 1889, XLIX, 214.

Pereira. — Osteo-arthrite tuberculosa do joelho cum suppuraçao e doze fistulas, resecçao completa uniao perfeita dos ossos. *Gaz. méd. Bahia*, 1888-89, 3 s., VI, 443-451.

Bœckel (J.). — Notes sur une série de douze arthrectomies du genou. *Acad. de médecine*, mars 1888.

Bouilly. — Tumeur blanche du genou. *Gaz. méd.* 14 oct. 1882.

Deaver (J.-B.).— Arthrectomy of the Knee-joint. *Med. News. Philad.*, LIV p. 645 — 1889.

Derevianko. — De la résection du genou dans les arthrites fongueuses. *Wien. med. Journ.*, avril 1885.

Desguin. — Résection du genou pour arthrite chronique. *Ann. Soc. méd. Anvers*, mai 1888.

Dollinger. — Das zurückbleiben in Wachsthum der kranken Extremität bei tuberculosen Kniegelenks - Entzundungen. Ein Beiträge zur Berechtigungsfrage der Kniegelenks-resection im Kindesalter. *Centralbl. f. chir.* XV p. 897-902, 1888.

Duret. — La synovite et l'ostéo-arthrite fongueuse du genou. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 11, 1887.

Gerster. — Exsection of the Knee-joint for tuberculosis. *Annals of surgery* p. 318- 1887.

Lucas-Championnière. — Résection du genou suivie de 11 cas de guérison.

Miller. — Two suggestions for improving the operation of excision of the Knee-joint of strumous disease. (*Edimb. med. Journ.* XXXV, p. 41.-43, 1889.)

Muller. — Zur Frage der operationen bei Kniegelenks tuberculose der Kinder. *Centralbl. f. Chir.* p. 874, 1885.

Pollard. — Deux cas d'arthrite tub. anc. du genou avec ankyl., résection de subs. osseuse ; guérison. *The Lancet* 20 janv. 1887.

Sée (M.). — Double arthrite fongueuse du genou guérie par les injections d'iodoforme. *Bull. et mém. Soc. chir.*

Secchi (T.). — Osservazioni e note sulla cura chirurgica delle arthriti fungose e loro esiti nel ginocchio. *Riforma medica*, IV p. 1678-1696, Roma 1889.

Willemer. De la tuberculose de l'articulation du genou. *Deutsch. Zeit. f. chir.* XXII p. 268, 1885.

Phelps. — Resect. du genou avec relation de 329 cas traités par la méthode antisept. *Med. Rec. New-York.* p. 113, juillet 1886.

Zoege-Manteuffel (W.). — Ueber die Behandlung fungöser Kniegelenkentzundung mittelst Resection. *Deutsch. zeit. f. chir.* XXX p. 113, 167, 1889.

Duncan. — Traitement opérat. des arthrites strumeuses du genou, *Journal of Americ of the med. sc.* 1889.

G. *Articulation tibio-tarsienne et du pied.*

Liebrecht. De la résection de l'articul. tibio-tars. par la face postér.

dans l'arthrite fongueuse. *Bull. Acad. roy. de méd.*, Belg., Brux., 1884, 3 s. XVIII. 1278-1294.

Duhamel. — Ostéo-arthrite fongueuse de l'articul., tibio-tarsienne, amputation. *J. des sc. méd.*, Lille, 1888, XI, 103-106.

Schmid-Mounard. — *Ueber pathologie und Prognose der Gelenktuberculose, insbesondere der Fusses.* Kiel, 1888. Schmidt Klannig, 54, p. in-8.

Verneuil. — Traitement des arthropathies. T. du pied chez l'enfant. *Congrès de la tuberculose*, p. 585.

Redard. — Intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites T. des articulations tibio-tarsienne et du pied chez l'enfant. *Congrès de la tuberculose*, p. 580.

Reverdin. — Résection tibio-tarsienne. *Rev. de chir.*, Par., 1885, V. 366-368.

Bull. — Excision of the entire Tarsus. for tubercular osteitis. *Med. News. Phila*, 1884, XLV, 699.

Verneuil. — Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne ; amputation de la jambe. *Gaz. des hôp.* Par., 1887, LX, 622.

Sokolov. Case of excision of tarsus. *Laitop. chirurg. Obsh. V. Mosh.* 1884, VI, 106-109.

Redard. — De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articul. tibio-tarsienne et du pied chez l'enfant. *Rev. gén. de clin. et thérap.* Par., 1889, III, 335-337.

Gritti (**B**.). — De l'astragalotomie pour la cure précoce de la synov. fong. de l'articul. tibio-tarsienne. *Arch. di ortop. di Milano* IV. p. 161-170, 1887.

Guitton. — De la chirurgie conservatrice dans la tuberculose du pied. *Th. doct.* Montpellier 1889 .

Kœnig. — Des méthodes opératoires dans la tuberculose des articulations tibio-tarsienne et du pied. *Arch. f. Klin. chir.* 1885.

Mollière (**D**.). — Tuberculose du pied. *Province médicale* 1887.

Ollier. — Résultats éloignés des opérations conservatrices du pied. *Lyon médical* p. 493, 1887.

Ollier. — De la chirurgie conservatrice du pied et de l'ablation préalable de l'astragale dans les résections tibio-tarsiennes pour ostéo-arthrite suppurée. *Comptes rendus Acad. des Sc. de Paris* 1889, CVIII, p. 987-990.

Christowitch. — Extirpation de l'astragale. *Revue de chirurgie* p. 778, 1888.

Chobaut. — De la tarsectomie antérieure totale ou partielle dans les cas pathologiques. *Thèse de Lyon*, 1889.

Durante. — Arthrosynovite tuberculeuse du pied, guérie par résection. *Bull. Acad. méd. de Rome*, juin 1886.

Forgue. — De la chirurgie conservatrice du pied dans la tuberculose. *Gaz. hebd. des sc. méd. Montpellier* 1889, XI, p. 244, 248.

Trouillet. — De l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne. *Thèse de doctorat*, Lyon 1888.

Poore. — Excision des os du tarse. *Ann. of. Surg.* III. p. 206, 1886.

Verneuil. — Ostéo-arthrite tibio-tarsienne, ablation de l'astragale injections d'éther iodoformé, guérison. *Gazette des hôpitaux*, 24 janv. 1888.

Shepherd. — Excision du tarse dans l'ostéite tuberculeuse. *Canadian medic. Association*, août 1886.

Wheeler (**W.**). Chirurgie conservatrice dans les affections du pied et des articulations. *Dublin Journal of med. sc.*, p. 217, mars 1887.

11° Tuberculose des gaines synoviales et tendineuses.

Berger (de Hambourg). — La tuberculose des gaines tendineuses. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, XXI, 3-4, p. 33, 1885.

Cazanon. — Tumeur blanche des gaines synoviales tendineuses. *Thèse de Paris*, 1866.

Chandelux. — Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses. *Thèse d'agrégation*. Paris, 1888.

Delorme. — Synovite tendineuse fongueuse de la main et du poignet, ablation, guérison. *Bull. Soc. de chir.* 1889.

Golding Bird. — Tuberculose des gaines synoviales. *Path. Soc. of London*, 5 fév. 1889.

Gross (de Nancy). — Deux observations syn. tend. tub. *Rev. méd. de l'Est*, p. 257, 1885.

Henocque. — Ténosite fongueuse art. tendon, in *Dict. encyclopédique des sc. médicales*, 3e série, XVI, 1886.

Jalaguier. — Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes. Observation. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, décembre 1888.

Jamain et Terrier. — Synovites tuberculeuses, in *Traité de pathologie externe*. T. II, 1878.

Kemperdich. — Kystes à grains riziformes des gaines tendineuses. Traitement chirurgical. *Berliner Klin. Woschenschr*, p. 16, 203, 1876.

Kyriacou. — Synovites fongueuses chroniques des gaines tendineuses de la partie antérieure de l'avant-bras, du poignet et de la main. *Thèse de doctorat*, Paris, 1882.

Le Bec. — Synovite fongueuse de la gaine carpienne. Opération. Guérison. *Gazette des hôpitaux*, 19 août 1886.

Nicaise, Poulet et Vaillard. — *Nature tuberculeuse des hygromas et synovites tendineuses à grains riziformes.*

Rochet. — Nature des synovites chroniques à grains riziformes. *Prov. méd.* p. 29, 1889.

Schwartz. — Synovites tendineuses tuberculeuses. *Dictionn. de méd et de chir. pratiques*. XXXIV, p. 415, 1883.

Schwartz. — Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. Large incision, curage. Chlorure de zinc à 8 °/₀. Guérison par première intention. *Bull. et mém. Société de chirurgie* n. s. XIII, 744-746, 1887.

Schwartz. — De la nature tuberculeuse de la synovite à grains riziformes. *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, 11 avril 1889.

Terrier et Verchère. — De la synovite tendineuse tuberculeuse. *Rev. de chirurgie*, p. 543, 1882.

Terrillon. — Kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce droit, grains riziformes nombreux, fongosités abondantes, ou-

verture, raclage, guérison. *Bull. et mém. Soc. de chir.* XII, p. 862-864, 1887.

Wallich. — Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes. *Comptes rendus Soc. Biol.* Paris, 8e s. V, 762, 1888, et *Gazette des hôpitaux*, 108, 1889.

Reynier (P.). — Kyste à grains riziformes, inoculation, tuberculose généralisée. *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, n. s. XIV, p. 982-984, 1017, 1888.

Lejars. — Traitement de la tuberculose des synoviales tendineuses. In *traité classique de chirurgie*, publié s. la direction de Duplay et Reclus, tome I, p. 865. Paris, 1890.

Croft (J.). — Tubercular disease of synovial membranes and tubercular disease of joints. *Trans. Path. Societ.*, London, 1885.

Symonds (C.-J.). Case of palpy growth; tubercle in sheat complete recovery; pulpy disease of palmar ganglion of opposite hand. *Tr. Path. Soc.* London XXXIX, p. 447-449, 1887-1888.

12° De l'intervention dans les tuberculoses chirurgicales.

Hall. — On surgical tuberculosis. *Med. News. Phila.*, 1885, XLVI, 89-121.

Browning. — Tuberculous surgical affections. Volkmanns clinical observations. *Ann. Surg. St-Louis*, 1885, II, 310-330.

Whittaker. — An attempt at the radical treatment of Tuberculosis. *J. Am. M. Ass. Chicago.* 1885, IV, 677.

Volkmann. — Chirurgische Erfahrungen über die tuberculose. *Arch. f. Kinderh.* Stuttg., 1884-85, VI, 241-262.

Delorme. — Observations d'interventions chirurgicales chez les tubercul. *Arch. de méd. et pharm. mil.*, Par., 1887, IX, 51-75.

Nepveu. — De l'intervention chez les tuberculeux, par Delorme. Rapp. *Bull. et mém. Soc. chir.*, Par., 1886, n. s., XII, 790-793.

Schmalfuss. — Beiträge zùr Statistik der chirurgischen Tuberculose. *Arch. f. klin. Chir.*, Berl., 1887, XXXV, 167-200.

Barette. — Sur le traitement des manifestations externes de la tuberculose. *Congrès de la Tuberculose*, p. 586.

Maschet. — *Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose* (peau, tissu cellulaire sous-cutané, ganglions), Par., 1887, 68 p., in-4°, n° 14.

Doussaint. — Lipôme ossifié, noyaux tuberculeux autour du noyau d'ossification; de l'opportunité des opérations chirurgicales dans la tuberculose. *Poitou méd.*, Poitiers, 1887, II, 51-59.

Volkmann (R.). — Chirurgische Erfahrungen über die Tuberculose. *Arch. f. klin. Chir.*, Berl., 1886, XXXIII. 108-133.

Albert. — Die chirurgische Behandlung skrophulöser und tuberculöser Leiden. *Intern. klin. Rundschau*, Wien, 1889, III, 625-629.

Rabl. — Ueber chirurgische Behandlung scrophulöser und tuberculöser Leiden. *Mitth. d. Wien. med.* Doct. Coll., 1889, XV, 93, 116, 135.

Schwartz. — Opération pour tuberculoses locales. *Congrès franç. de chirurgie*, 1889.

Bœckel (J.).— Résultats immédiats et éloignés du traitement des tuberculoses locales. *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1889.

Petit (L.). De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe. *Th. Paris*, 1884.

Schede.— *Ueber der Gebrauch des scharfen Löffels,bei der Behandlung von Geschwiren*. Halle, 1872.

Routier. — Rapports entre la tuberculose et les actes chirurgicaux. *Cong. pour ét. tuberculose.*

Forgue. — De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose. *Gaz. hebd. des sc. méd.* Montpellier, 1889, XI, p. 234, 253, 265.

Le Dentu. — Opérations pratiquées pour tuberculoses locales.*Cong. franç. de chir.*1889.

Léonté. — Opérations pour tuberculoses locales. *Congrès franç. de chir.* 1889.

Ollier. — Des résections et amputations chez les tuberculeux. *Lyon méd.* p. 103, XLIII, 1883.

Muller. — *Ueber die Kalkbehandlung* (*Kolischer*) *des lokalischen tuberculosen Processe.*

Mabout. — Contribution à l'étude des éléments de pronostic et de détermination opératoire chez les tuberculeux. *Bullet. mém. Soc. de chirurgie*, 1887.

Macdonald. — A lecture on the surgical treatment of tuberculosis. *The Lancet* IX, p. 155-157, 1889.

Martell. — Zur therapie der Wundtuberculose. *Wien. med. Presse*, p. 340, 1889.

Vargas (Martinez) de Madrid. — Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*. Paris, 1888.

Coudray. — Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. *Th. Paris*, 1884.

Kölischer. — Ein neues Heilverlasten bei localisirten tuberculosen processen. *Wien med. Presse*, n° 22, p. 761, 1887.

13° De la généralisation et de la méningite après les interventions

Laënnec. — Tuberculose généralisée immédiatement après l'ablation d'un testicule tuberculeux. Observations et réflexions. *J. de méd. de l'Ouest.* Nantes, 1887, 3 s, I 124-129.

Bernheim. — Vaste collection purulente dans le flanc droit, incision péritonéale. Amélioration momentanée, cachexie progressive; mort, tuberculose périton. et pulm. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1885, XVII, 159-177.

Polaillon. — Carcinome de la mamelle. Ablation, pansement de Lister; phtisie pulmonaire galopante. Mort 20 jours après l'opération. *Bull. et mém. Société de chir.* Paris, 1885, n. s. XI-17-23.

Devos. — Tuberculose méningée et pulmonaire consécutive au raclage d'un trajet fistuleux chez un enfant de 9 ans. *Press. méd. Belge.* Bruxelles, 1888, XXXIX, 121-126.

Gœdicke. — Ein Fall von schwerer Urogenital tuberkulose mit Tendenz zür Heilung. *Greifswald*, 1887, J. Abel, 30 p., in-8.

Hildebrand (O.). — *Beitrag zur Lehre von der Aetiologie der Meningitis traumatica, suppurativa*, Iéna, 1886, Pohle, in-8, 7-5, Pfg.

Verneuil. — Tuberculose généralisée à la suite du traumatisme opératoire. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1885, I, VIII, 1-3.

Métaxas et Verchère. — Méningite tuberculeuse post-traumatique. (*Études sur la tuberculose*, fasc. II, p. 534.)

Verneuil. — Remarques sur la généralisation tuberculose. Addition de nouveaux faits. (*Études sur la tuberculose*, fasc. I, p. 246.)

Demars. — De la généralisation tuberculeuse, après l'ablation d'un tubercule initial local (*Études sur la tuberculose*, fasc. I, p. 238.)

Martel. — Méningite tuberculeuse à la suite du redressement d'une fausse ankylose du genou. *Bull. et mém. Soc. de Chir. de Par.* 1885, n. S., XI, 674.

Tapret. — Pleurésie avec épanchement considérable : thoracentèse, phtisie aiguë consécutive; emphysème sous-cutané terminal. *Arch. gén. de méd.* Par. 1885, II, 219-226.

Terrillon. — Rapport sur un travail de M. Kirmisson ayant pour titre : Coïncidence entre les traumatismes crâniens et certains états pathologiques du côté de l'encéphale, notamment le tubercule. *Bull. et mém Soc. de chir.* Paris 1885 n. s. XI, 66-72.

Richelot. — Observation de tuberculose généralisée, survenue à la suite d'une opération pratiquée pour une synovite fongueuse du poignet. *Bull. et mém. Soc. de Chir. de Par.*, 1885, n. S. XI, 675-681.

Mazzotti (L.). — Delle importanza delle infiammazioni essudative e suppurative nella genesi della tuberculosi miliare acuta. *Ann. univ. di med. e chir.* Milano, 1885, CCLXXIII, 3-54.

Tricomi (E.). — Sulla tuberculosi miliare acuta consecutiva alla flogosi fungosa articolare. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Napoli 1886, n. s., VIII, 628-638.

Granier. — Testicule tuberculeux; castration ; guérison de la plaie; généralisation rapide de la tuberculose. *Arch. de méd. et pharm. mil.* Par. 1889, XIII, 198-201.

Wartmann. — Influence de la résection des articulations atteintes de tuberculose sur la généralisation de cette affection. *Deutsch. Zeitschr. f. chir.*, XXIV, p. 435, 1887.

14° Pouvoir antiseptique de l'iodoforme

Schnirer. — Ueber die antiseptische Wirkung der iodoforms. *Wien. méd. Presse*, 1887, XXVIII, 1264 ; 1298.

Jeffries.— The anti-bacterial action of iodoform. *Ann. J. M. Sc. Phila.* 1887, n. s., XCV, 15-22.

Gersuny. — Iodoformdocht. *Centralb. f. chir. Leipz.* 1887, XIV, 569.

Bruns. — Ueber die antituberkulöse Wirkung der Iodoforms. *Thérap. Monatsch.*, 1887, I, 161-163.

Neisser. — Zür Kenntniss des antibacteriellen Wirkung des Iodo-

forms. *Iahres bericht d.schles. gesellsch. f. vaterl. Kult.*, 1887, Bresl. 1888, XV, 57-60.

de Ruyter. — Zùr iodoformfrage. *Archiv. f. Klin. Chir. Berl.* 1887, XXXVI, 984-95.

Stout. — How to deodorize and prescribe iodoform. *Thérap. Gaz. Détroit*, 1885, 3 s. I, 510-513.

de Ruyter. — Ueber die antiseptischen Wirkungen des Iodoform, *Wien. méd. Wochenschcr*, 1887, XXXVII, 535-537.

Mosetig-Moorhof. — Zùr Iodoform frage. *Wien. med. Blatt.*, 1885, VIII, 10-12.

Scheller. — Nochmals Iodoform. *Deutsche Monatschrift. f. Zahnh-Leip.*, 1885. III, 64-67.

Wagner. — Geschichte des Iodoforms. *Arch. f. klin. Chir. Berl.*, 1888, I; 278; 535.

Heyn. — og T. Rovsing. On Iodoformen som Antiseptikum. *Hosp. Tid. Kjobenh.*, 1886, 3 R. IV. 913, 937.

Sattler. — Ueber den antiseptischen Werth der Iodoforms und iodols. *Fortsch. d. Med. Berl.*, 1887. V. 362-76.

Celli. — Action antiseptique de l'iodoforme. *Bull. d. soc. Lanci. siana d. Ospedali di Roma.* dèc. 1888.

Frankel. — Ueber die Anwendung der Iodoforms auf die Schleimhaute. (*Berl. klin. Woch.* 1882, n° 171.)

R. (H.) et J. R. — Revue sur la valeur antiseptique de l'iodoforme, *Marseille médical*, 1889, XXVI, 602-606.

Mikulicz. — The use of iodoform in surgery. *The best surg. dressing, 12. Boston*, 1888. 15-119.

Laborde. — *Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales, Bordeaux* 1888. 52 p. in-4, n° 57.

Berger. — Des pansements à l'iodoforme. *Rev. des Sc. médicales.* XXI, p. 738, 15 avril 1883.

Tricomi. — L'iodol et l'iodoforme au point de vue antiseptique. *IV° congrès italien*, avril 1887.

Bramann. — Ueber Wundbehandlung mit iodoform-tamponnade. *Arbeiten aus der chirurgische Klinik der Universitat von E. Von Bergmann.* Berlin, 1887.

Brun. — Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques. *Th. d'agrégat.* Paris, 1889.

Rohmer. — Du pansement à l'iodoforme. *Rev. de chir.*, 1882.

Mikulicz. Die verwendung des iodoforms in der chirurgie. *Arch. Klin. chir.* XVII, p. 3, 1882.

Delbastaille et Troisfontaine. — *Du pansement à l'iodoforme.* Liège, 1882.

Barette. — *Antisepsie chirurgicale.* Paris, 1888.

Duclaux. — Recherches sur la valeur de l'iodoforme comme antiseptique. *Ann. inst. Pasteur*, I, p. 605.

15° Des antiseptiques antituberculeux

Legroux. — Traitement de la T. par la créosote. *Congrès de la tuberculose*, p. 677.

Quénu. — Traitement des T. locales par les solutions d'acide fluorhydrique. *Congrès de la tuberculose*, p. 618, 1888.

Medin. — Den tuberkulösa meningitens Behandlung med jodoformsalva. *Svens. Läk-Sällske n. Handl.* Stockholm, 1886, 201-206.

Nilsson. — Twa fall of meningitis tuberculosa med dödlig utgang, ett fall behandladt med jodoformingnidning ; *Nelsa Hygiea.* Stockholm, 1885, XLVII, 393-397.

Warfwing (F.-W.). — Fem fall of tuberkulös meningit med framgang behandlage med ingniding af jodoforsalva. *Hygiea, Stockholm*, 1886, XLVIII, 479-491.

Nilsson (E.). — Zwei Fälle von Meningitis tuberculosa mit tödtlichem Ausgange, ein Fall mit jodoformeinreibung behandelt ; Gesundheit. [*Fransl. from* : *Hygiea*, Stockholm, 1885]. *Arch. f. Kinderh.*, Stuttg., 1885/6, VII, 214-217. Also *N. York med. Presse*, 1885/6, I, 217/220.

Locquin. — Note sur l'emploi des injections d'iodoforme dans la cystite tuberculeuse. *Gaz. des hôp., Par.*, 1887, LX, 52.

Jorissenne et **Chauvin.** — L'iodoforme appliqué à la cure des hémoptysies. *Congrès de la tuberculose*, p. 640.

Bruns.— Ueber die antituberculöse Wirkung des iodoforms, *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. Berl.*, 1887, XVI, pt. 2, 27-31.

Tilanus. — Propriétés de l'iodoforme. *Rev. Chir.*, février, 1890.

Schwartz. — Du pansement des plaies et des ulcérations tuberculeuses avec le napthol camphré. *Rev. gén. de clin. et thér.* Paris, 1889, III, 703.

A. de Souza. — Notes sur quelques antiseptiques nouveaux. (*Études sur la tuberculose*, fasc. II, p. 472.)

Sormani. — Le Inalazioni di Iodoformio come mezzo terapeutico. (*Annali, Univers*, 1883.)

Tilanus. — Nouvelles recherches sur l'action antiseptique de l'iodoforme. *München med. Wochens*, n° 32, 6 août 1889).

Dreschfeld. — Traitement de la tuberculose par les inhalations d'iodoforme. (*Bull. méd. Journ.*, 1882.)

Clado. — Du traitement prolongé de la tuberculose par l'iodoforme à petites doses. *Études cliniques sur la tuberculose*, fascicule IV.

Rummo. — Le Inalazione di Iodoformio e di olio essenziale di terebenthina nelle affezioni bronco polmonari. (*Rev. Lomb.*, 1882.)

Kussner. — Ueber die Bedeutung des Iodoforms für die Behandlung tuberkuloser affectionen. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, 1883.)

Moller. — Traitement de la phtisie par l'iodoforme à l'intérieur. (*Wien. med. Press.*, n° 53, 1885.)

Bertrand, — *Essai critique sur le traitement étiologique de la tuberculose*, th. de Paris, 1886. (Le lecteur y trouvera la bibliographie relative au traitement de la tuberculose par le tannin, la créosote, le sublimé, etc.)

Franchini. — De l'iodoforme dans le traitement de la phtisie. (*Gior. di méd. Mil.*, 1885.)

Vincent. — De l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire, combinés avec le pansement antiseptique iodoformé et de l'immobilisation dans les synovites et ostéo-synovites fongueuses. *Revue de chirurgie*, janv. 1884.

Martel. — Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. *Th. Doct. Paris*, juin 1887.

Dupin. — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs blanches par les injections interstitielles et intra-articulaires d'éther iodoformé. *Gaz. des hôpitaux de Toulouse*, 1887-88.

Mackenzie (**G. H.**). — The influence of certain medicinal agents upon the bacillus of tubercule in man. *Edimbourg, med. journ.* XXXIV, p. 596-602, 1888-89.

Parrot et H. Martin. — Recherches expérimentales ayant pour but de transformer le tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte sous l'influence des réactifs divers. *Revue de médecine*, p. 809, 1883.

Sormani. — Action des différentes substances sur le bacille de la tuberculose. *Bulletin médical*, 23 août 1888.

Paul (**C.**). — Des antiseptiques propres à chaque microbe pathogène. *Cong. intern. de thérap.*, août 1889.

Le Fort. — Injections modificatrices des fongosités dans l'arthrite fongueuse. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, 1879, p. 712.

Chabannes et Perret. — Expériences sur la valeur de l'eucalyptol sur le développement du bacille tuberculeux. Soc. de méd. de Lyon. *Lyon médic.*, avril 1887.

Pécholier. — De l'emplâtre mercuriel dans le traitement des tumeurs blanches. *Montpellier médical*, p. 381, 1879.

Hamilton. — Du traitement des abcès froids par les irrigations de chlorure de zinc. *Ass. méd. britann. Dublin*, août 1887.

Lowett (**R. W.**). — The use of salicylic acid in chronic Tuberculosous joint diseases. *Boston m. et s. S.*, CXX, p. 361-363, 1889.

Rafin. — De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses. *Lyon méd.* V, 58, p. 341, 1888.

Wendelstad. — Le traitement de la tuberculose des os et des articulations par les injections parenchymateuses d'éther iodoformé. *Centralblatt für Chirurgie*, 38 p. 665, 1889.

Dittel. Injections de phosphate acide de chaux dans le traitement des tuberculoses locales. *Soc. imp. roy. de méd. de Vienne*, 17 nov. 1887.

Bresson. — Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplâtre mercuriel. *Thèse de Paris*, 1889.

Yersin. — De l'action de quelques antiseptiques et de la chaleur sur le bacille de la tuberculose. *Ann. inst. Pasteur*.

Sormani et Brugnatelli. — Recherche experimentale sui neutralizzanti del bacillo tuberculare a scopo profilatico e Terapeutico. *Annali universali*, février 1885.

Estore. — Emploi de l'iodoforme dans le traitement d'une tumeur blanche du genou et du mal de Pott avec abcès par congestion. Succès. *Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 5, 1888.

Fernet. — Du naphtol camphré et de son application au traitement des ulcérations tuberculeuses. *Bull. et mém. Soc. thérap.* Paris, 1889. In *Bull. méd.*, p. 33, 37, 1889.

Edington (**A.**). — The pratical values of certain antiseptic agents. *Brit. med. Journ.* London, 1889, I p. 1047-1050.

Moox. — De l'iodoforme dans les affections tuberculeuses. *France médicale*, juin 1882.

Ceccherelli. — Le tannin dans le traitement des lésions tuberculeuses. *Soc. ital. chirurg.* Naples, mars 1888.

Filleaux. — *Acide phénique et bacille tuberculeux.*

Branlighans et Nowack. — Action du baume du Pérou sur le développement du bacille tuberculeux. *Centralb. f. Klin. medic.* p. 24, 1889.

Fedor Krause. — *Trait. de la tubercul. articulaire par les inj. iodoformées.* 1890.

Reboul (J.). Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses. De l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré. *Thèse de Paris*, 1890.

Collon. — Résultats obtenus par différents antiseptiques dans différents genres de résection (Clinique de Kocher.) *Thèse de Berne*, 1886.

Schopf. — Le baume du Pérou (procédé de Kanderer) dans les tuberculoses des ganglions, des os, des articulations. *Collège médical de Vienne*, 8 avril 1889.

Vamossy (von).— Zur Therapie der Localtuberculose mit Perubalsam. *Wien. med. Presse.* XXX, 691-733-777-825, 1889.

Verneuil (A.). Du traitement de quelques tuberculoses périphériques par l'emploi de la chaleur. *Cliniques du 17 et du 22 mai* 1890 (inédites.)

Maske. — De la tuberculose des synoviales et du pansement à l'iodoforme. *Centralbl. f. chir.*, p. 23, 1882.

Lasserre. — Du traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par les injections de naphtol. *Thèse de doctorat*, Paris, 1889.

Dumont. — Contribution à l'étude du naphtol camphré dans l'otite moyenne. *Thèse de doctorat* de Paris, 1889.

Pilcher. — Du pouvoir anti-tuberculeux de l'iodoforme. *Ann. of. surg.*, sept. 1889.

Rovsing. — Hat das Iodoform eine antituberculose Wirkung. *Fortschrifte der medicin*, n° 9, 1887.

Dallinger. — Traitement des ostéites tuberculeuses par l'éther iodoformé. *Centralbl. f. chir.*, p. 348, 1889.

P. Villemin. — Action de quelques agents chimiques sur le bacille de la tuberculose. *Thèse de Paris*, 1888 et in *Et. s. la tuberculose*, fascicule III.

16° Traitement des abcès froids et ossifluents par les injections d'éther iodoformé (1)

Jaeger. — L'emploi de solut. éthérées d'iodoforme dans le traitement des abcès froids, des affections articulaires tuberculeuses et des kystes synoviaux. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1887, in-4°, s. XVI. 1-3.

(1) Voyez plusieurs indications bibliographiques à propos des abcès froids, 3e paragraphe de la bibliographie, page 569.

Verneuil. — Deux cas d'ostéite du bassin; traitement des abcès ossifluents par les injections d'éther iodoformé. *Echo méd.* Toulouse, 1888, 2 s. II 273-278.

Houzel. — Injection d'éther iodoformé dans un abcès froid; anesthésie prolongée. *Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1888, n. s. XIX, 565.

D. Holstein. — *Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids*. Paris 1887, 43 p. in-4°, n° 309.

Fischer. — Ueber die neue chirg. Behandlung der kalten Abscesse. *Ztschrf. f. Wundärzte und Geburtsh. Hegnach*, 1887, XXXVIII, 130-134.

Kirmisson. — Injections d'éther iodoformé. *Gaz. heb.* 5 mars 1886.

Reclus. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. (*Études sur la tuberculose*. fasc. II, p. 626).

Bruns. — Ueber die iodoform. Behandlung der tuberkulösen Abscesse. *Beitr. z.klin. Tubing*, 1888-89, IV, 206-219.

Dozzi. — Annotazioni cliniche sopra nove ascessi ossifluenti da carrie granulo-fungosa, resezione, drenaggio, iniezione d'iodoformio. *Riv. veneta di sc. méd.* Venezia, 1887, XXX, 1101-1106.

Kirmisson. — Sur deux cas d'abcès froids volumineux, guéris par l'injection d'éther iodoformé. *Gaz. hebd. de méd.*. Paris, 1886, 2 s., XXXIII, 158-161.

Thirion. — *Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme*. Nancy, 1885-68, p. in-4°, n° 215.

Bœckel. — Abcès tuberculeux de la rég. sus-clavicul ; inject. d'éther iodoformé; mort subite, communication du foyer avec l'art. sous-clavière, par l'intermédiaire d'un ganglion profond, ayant déterminé l'arrosion de l'artère. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1885, 4 s., XIV, 76.

De Gennaro. — La soluzione eterea di iodoformio nella cura delle ulcerazioni scrofolose. *Rev clin. e terap.* Napoli, 1887, IX, 415-417.

Leplat. — Abcès froid de la région dorsale; injection d'éther iodoformé; guérison. *J. des sc. méd. de Lille*, 1886, VIII, 91-93.

Hameau. — *Le traitement des abcès par congestion à l'aide d'injections d'éther iodoformé*. Paris, 1888, 70, p. in-4°, n° 245.

Hirsch. — Jodoform locally in cold abcesses. *Polyclinic. Phila.*, 1886-87, IV, 16.

Mignon (A.). — Abcès froid traité sans succès par l'injection d'éther iodoformé (sphacèle limité de la peau, extension de la tuberculose locale). *Arch. de méd. et pharm. mil.* Paris, 1887, X, 364-370.

Verchère. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. *Rev. de chir.* Paris, 1886, VI, 476-502.

Dupin. — Abcès froids multiples, injection d'éther iodoformé, sphacèle spécial de la peau : raclage, guérison. *Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 1886, XVIII, 217.

Verneuil. — Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids. *Rev. de chir.*. Paris, 1885, V, 428-436.

Kalliontses. — Περι της θεραπειας των ψυχρων αποστηματων δι' ενεσεων ιοδιοφορμον ενδιαλυσει εν αιθερι. Γαληνος αθηναι. 1885, ΙΔ, 20-24.

Andrassy. — *Ueber die Behandlung der kalten. Abscesse mit iodoforminjectionen*. Tubingen, 1886, H. Laupp. 28 p., 8°.

Torel. — *Contribution à l'étude du traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé*. Bordeaux, 1884, 40 p., 4° n° 40.

Eichstorff. — Traitement des bubons strumeux par l'éther iodoformé. *Th. de Paris*, 1889-90.

Frey. — Arthrite fongueuse talo-calcanéenne, inj. d'éther iodoformé, guérison. *Wien medical Presse*, n° 37, p. 1325, 1888.

Cordier. — Abcès par congestion, inject. d'iodoforme. *Soc. des Sc. méd. de Lyon. Lyon médical*, LVII, 1888.

Routier. — Accidents provoqués par une injection d'éther iodoformé pour abcès froid. Obs. de Gaillard. Rapport de Routier. *Soc. de chirurgie*, janvier 1889.

Gaillard. — Inject. d'éth. iodoformée suivie d'accidents graves. *Poitou médical*, 1er mars 1889.

17° Traitement préopératoire et post-opératoire

Solles. — Hospitalisation des phtisiques. *Congrès de la tuberculose*, p. 717-718.

Giorgeri. — Hospitalisation des T. *Congrès de la tuberculose*, p. 712.

Petit (Léon). Hôpitaux d'Ormesson et de Valescure pour les enfants tuberculeux. *Congrès de la tuberculose*, p. 710.

Calmette. — La T. à Belle-Ile-en-Mer. Evolution et thérapeutique de la T. dans un milieu salubre. *Congrès de la tuberculose*, p. 179.

Tyndale. — Du traitement climatérique de la phtisie. (New-York, *méd. Journ.*, 1889).

Verneuil. — Du traitement pré-opératoire. (*Études sur la tuberculose*. fasc. I, p. 296).

Verneuil. — Sur le traitement post-opératoire. (*Études sur la tuberculose*. fasc. II, p. 663).

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

AVANT-PROPOS 5
DIVISION DU SUJET 11

PREMIÈRE PARTIE

Chapitre Ier. — Fréquence des tuberculoses chirurgicales 15
A Statistique des services de M. Humbert et de M. Polaillon 19
B Statistique du service de M. Le Fort 22
C Statistique du service de M. Verneuil 24
D Statistique générale 27

Chapitre II. — Doit-on opérer les tuberculeux ? 30

Chapitre III. — Doit-on considérer les tuberculoses chirurgicales comme des tuberculoses locales ou comme des manifestations locales d'une infection générale ? 34
A Partie expérimentale 34
B Partie clinique 38
C Comparaison de la tuberculose et de la syphilis 46

Chapitre IV. — La suppression des tuberculoses locales peut-elle prévenir l'infection de l'organisme; doit-on opérer les tuberculoses locales ? 51

DEUXIÈME PARTIE

(*Suites immédiates des opérations*)

1° RÉSULTATS IMMÉDIATS

Chapitre Ier. — Des succès opératoires 63
Chapitre II. — Des résultats médiocres 79

Chapitre III. — De l'amélioration de l'état général après l'opération 107

Chapitre IV. — Opinion de quelques auteurs sur la valeur de ces résultats 129

2° Complications immédiates

Chapitre Ier — De l'échec de la réunion immédiate et des cicatrices difformes..... 133

Chapitre II. — Des résultats nuls et des récidives immédiates.. 137

Chapitre III. — Influence de l'opération sur la marche des lésions pulmonaires..... 149
A) Aggravation de la tuberculose pulmonaire antérieure à l'opération 149
B) Tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération 174
C) Méningite tuberculeuse post-traumatique... 177

3° Résultats de notre statistique

Chapitre IV. — Remarques diverses sur notre statistique..... 188

Chapitre V. — Statistique générale des résultats immédiats..... 193

TROISIÈME PARTIE

1° Des causes qui expliquent l'influence variable de l'opération sur l'état général du malade

Chapitre Ier. — Nature de la lésion. Suppression des foyers de suppuration..... 205

Chapitre II. — Tuberculose pulmonaire antérieure..... 215

2° Des causes qui font varier les résultats opératoires

Chapitre III. — Siège et nature de la lésion..... 220

Chapitre IV. — Nature de l'intervention dans chaque série de lésions et résultats opératoires observés dans chaque catégorie d'interventions..... 226

A Tuberculose testiculaire 226
B — ganglionnaire..... 231
C — périanale..... 245
D — articulaire..... 246
E — des gaines tendineuses (synovites)..... 263
F — vertébrale..... 264
G — osseuse. *Ostéites mastoïdiennes*.. 265
Carie costale..... 266
Ostéites des membres..... 268
H Tuberculose cutanée et du tissu cellulaire. Gommes, abcès froids, etc.... 269

QUATRIÈME PARTIE

(Suites éloignées des opérations)

1° Résultats éloignés

Chapitre Ier. — De la difficulté de compléter les observations... 277
Chapitre II. — Des résultats nuls ou médiocres (échecs thérapeutiques) 282
Chapitre III. — Des succès thérapeutiques locaux..... 360

2° Complications éloignées

Chapitre IV. — Des cicatrices vicieuses et des récidives locales. 321
Chapitre V. — Des récidives de voisinage et de la récidive ascendante 335
Chapitre VI. — Des récidives à distance..... 341
Chapitre VII. — Influence de l'opération sur l'état général et sur la marche ultérieure des lésions pulmonaires. 356
A Amélioration et guérison durables..... 356
B Aggravation constante. Des morts tardives ou éloignées..... 368
C Tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération. Généralisation tardive..... 380

3° Résultats de notre statistique

Chapitre VIII. — Statistique générale des résultats éloignés..... 388
Chapitre IX. — Opinion de quelques auteurs sur la valeur de ces résultats 394

CINQUIÈME PARTIE

(*Suites éloignées des opérations* (suite)

1° Des causes qui font varier les résultats thérapeutiques

Chapitre Ier. — Siège et nature de la lésion. Coexistence de lésions pulmonaires..... 401

Chapitre II. — Expectation et intervention. Résultats éloignés comparatifs..... 414

2° Choix du mode opératoire

Chapitre III. — Nature de l'intervention dans chaque série de lésions et résultats thérapeutiques obtenus dans chaque catégorie d'interventions..... 420

A Tuberculose testiculaire..... 421
B — ganglionnaire..... 429
C — périanale..... 432
D — articulaire..... 435
E — des gaines tendineuses (synovites)..... 454
F — vertébrale..... 456
G — osseuse. *Ostéites mastoïdiennes* 459
Carie costale..... 460
Ostéites des membres et du tronc 462
H — cutanée et du tissu cellulaire. Gommes, abcès froids, etc... 464

SIXIÈME PARTIE

Chapitre Ier. — De la nécessité de diminuer les causes d'insuccès et de prévenir la récidive..... 471

Chapitre II. — Etude expérimentale de l'action anti-tuberculeuse de l'iodoforme et de quelques autres antiseptiques..... 481

Chapitre III. — Considérations cliniques sur la valeur antituberculeuse de l'iodoforme..... 488

Chapitre IV. — Du traitement préopératoire : considérations cliniques..... 507
a, *Du traiement préopératoire local*..... 512
b, *Du traitement préopératoire général*..... 519

Chapitre V. — Du traitement postopératoire et de la nécessité de ce traitement démontrée par l'expérimentation et les faits cliniques..... 535

Chapitre VI. — De l'émigration des opérés à la campagne et du séjour dans les stations maritimes..... 546

Conclusions.. 561

Bibliographie. — Avertissement 567

1° Généralités. Tuberculose expérimentale..... 567
2° Tuberculose cutanée..... 568
3° Abcès froids..... 569
4° Tuberculose de la langue, du sein et de l'œil. 570
5° — ganglionnaire 571
6° — testiculaire,..... 572
7° — périanale..... 573
8° — des os. Abcès ossifluents..... 573
9° — articulaire et osseuse en général. 576
10° — des articulations : A Epaule.... 579
B Coude..... 580
C Poignet ... 580
D Sacroiliaq. 581
E Coxo-fémorale.. 581
F Genou 582
G Pied..... 584
11° — des gaines synoviales et tendineuses..... 586
12° De l'intervention dans les tuberculoses chirurgicales..... 587
13° Méningite post-traumatique et généralisation après l'intervention..... 588
14° Pouvoir antiseptique de l'iodoforme..... 589
15° Des antiseptiques antituberculeux..... 590
16° Traitement des abcès froids et ossifluents par les injections d'éther iodoformé..... 593
17° Traitement pré et postopératoire..... 595

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.

Accession no.

Author Thiery, P.
De la tuberculose chirurgicale.

Call no. 19th cent
RD684
T35
1890