

des hépatiques, des diabétiques méconnus comme tels, et présentant à un degré plus ou moins marqué la disposition aux hémorrhagies. Eug. Rochard (Dict. encycl. des sciences médicales, tome 13^e, 4^e série, p. 29) fait remarquer avec raison que parmi les observations publiées il en est qui ayant leur symptomatologie propre, ne se rapportent certainement à aucune autre maladie et doivent être considérées comme relevant de l'hémophilie.

Quoiqu'il en soit, les hémophiles qui appartiennent en grande majorité au sexe masculin (7 : 1), d'après Lange, sont sujets aux hémorrhagies traumatiques primitives et secondaires les plus tenaces et les plus graves, surtout à l'occasion d'opérations insignifiantes ou de blessures légères; c'est ainsi que, parmi les cas mortels relevés par Grandidier (1), on note 16 extractions de dents, 4 circoncisions, 8 saignées, 4 applications de sangsues, 4 de ventouses scarifiées, etc., 11 plaies légères du cuir chevelu, 7 cas de morsures de la langue, etc. Des tumeurs sanguines énormes sont la conséquence de contusions peu violentes. Il en résulte que, lorsqu'on a à intervenir chez un hémophile, il ne faut pas compter sur la réunion par première intention et redouter plus encore les hémorrhagies secondaires que les primitives.

(1) Grandidier, *Die hemophilie oder die bluterkrankheit*, Leipzig, 1855.

III. Maladies infectieuses.

§ A. MALADIES INFECTIEUSES AIGUES

1^o *Fièvre typhoïde.* — L'étude des relations de la fièvre typhoïde avec le traumatisme n'est qu'ébauchée; elle reste, pour ainsi dire, entièrement à faire.

Une affection qui, comme la fièvre typhoïde, porte une atteinte profonde à la nutrition, doit exercer une action funeste sur l'évolution du traumatisme; deux observations de fractures démontrent, en effet, que sous son influence le cal s'est ramolli et que la consolidation a tardé à se faire (1). Par contre, Verneuil a vu la fièvre typhoïde amener la guérison d'une plaie par morsure dont la cicatrisation ne se faisait pas, et celle d'une pseudarthrose datant de plus de deux ans (2).

2^o *Scarlatine.* — Au chapitre consacré à l'herpétisme, nous avons dit que les chirurgiens anglais avaient été des premiers (1863 et 1864) à signaler l'apparition de la scarlatine à la suite des opérations de taille chez les jeunes enfants, mais c'est seulement plusieurs années plus tard que parurent différents mémoires ou articles (3)

(1) Bérenger-Féraud, *Traité des fractures non consolidées et des pseudarthroses* (Paris, 1871).

(2) Verneuil, *Mémoires de Chirurgie*, t. IV, p. 363.

(3) Howse, *Some account of an epidemic of surgical scarlatine* (*Guy's hosp. Reports*, 1879). — Paley et Goodhart, *A contrib. to the etiol. of scarlat. in surg. cases* (ibid.). — Riedinger, *Ueber das Auftreten von scarlach. bei operirten und Verwundeten* (*Centralbl. f. Chirurg.*, 1880). — Treub, *Scarlachepidemie in einer chirurg. Krankenabtheilung* (ibid.).

sur cette question qui a fait le sujet d'une discussion au Congrès international de Londres et à laquelle Trélat avait déjà consacré une clinique en 1878 (1). L'année suivante, Batut (2) étudia cette complication dans sa thèse inaugurale, et depuis parurent dans les journaux anglais plusieurs observations dont les plus récentes appartiennent à Kelly et à Atkinson (3).

La scarlatine apparaît surtout après un traumatisme chirurgical, qu'il soit important (taille, résection du genou, staphylographie, ablation de tumeurs, de kystes, etc.), ou peu grave (circoncision, incision d'abcès, etc.), et exceptionnellement après une blessure accidentelle (coup de ciseaux) (Trélat). La presque totalité des opérés sont des enfants. L'influence pathogénique du traumatisme opératoire sur l'apparition de la scarlatine est incontestable; quant aux théories émises pour l'expliquer, elles sont assez discutables. Comme l'éruption se montre chez les opérés pendant les épidémies de scarlatine, on peut admettre que le trauma ne fait que hâter la manifestation d'un empoisonnement contracté avant l'opération, ou bien qu'il met les malades dans les meilleures conditions d'imprégnation des principes contagieux (J. Paget). Quoiqu'il en soit, la scarlatine chirurgicale

(1) Trélat, *De la scarlatine consécutive aux opérations chirurgicales* (Progrès méd., 1878).

(2) Batut, *De la scarlatine chirurgicale* (Th. de Paris, 1882).

(3) Kelly, *Notes of few cases of so called traumatic scarlet fever* (Glasgow, M. J. 1886). — Atkinson, *Scarlatine and scarlatiniiform eruptions following injuries and operations* (J. Cutan. Vener. Dis. N. 7, 1886, et Maryland Medic. J. 1886).

qui, pour certains auteurs, pourrait se développer spontanément, c'est-à-dire en dehors de toute épidémie, peut se transmettre à d'autres malades opérés ou non.

La scarlatine modifie d'ordinaire fâcheusement l'évolution de la plaie opératoire qui se réunit rarement par première intention, prend un aspect livide, suppure plus abondamment et peut se compliquer d'accidents (érysipèle, sphacèle, pyohémie, etc.) mortels. La terminaison fatale peut encore être la conséquence de symptômes urémiques du fait de la scarlatine (14 fois sur 120 cas (statistique de Batut), 3 fois sur 5 cas (statistique de Treub). Si l'on intervient sur une jointure atteinte d'une affection chronique, d'arthrite tuberculeuse, l'éruption intercurrente peut aggraver la lésion et hâter l'évolution de la maladie; mais, dans certains cas (observ. de Lannelongue, in thèse de Batut), la scarlatine détermine une sorte de poussée aiguë, laquelle, si elle ne dépasse pas un certain degré, agit avantageusement sur l'état chronique et le modifie comme le ferait une application de pointes de feu, par exemple. Le chirurgien n'oubliera pas non plus que la scarlatine retentit pendant quelque temps sur l'économie, et il différera d'autant plus une opération non urgente, que la fièvre éruptive aura évolué plus anormalement et aura été aggravée par des complications.

Un certain nombre d'anomalies et de particularités ont été relevées dans les diverses périodes de la scarlatine chirurgicale. C'est ainsi que la période d'incubation et l'angine prodromique manquent dans un

certain nombre de cas; l'efflorescence apparaît tout d'abord sur les limites de la plaie au lieu de débiter sur le tronc, le pli des cuisses, le bas-ventre, etc. Dans ce cas, une rougeur débutant au pourtour d'une incision et précédée des symptômes généraux habituels (frissons, abattement, malaise, vomissements), peut en imposer pour une menace de phlegmon diffus, de pyohémie ou de septicémie, jusqu'à ce que l'éruption caractéristique ait envahi d'autres régions du corps. Le plus ordinairement, la période d'incubation est réduite à un ou deux jours et la desquamation se fait comme d'ordinaire; parfois, cependant, elle fait défaut. Enfin, l'albuminurie serait une aggravation fréquente, puisque Thomas Smith l'a observée 3 fois sur 7 de ses opérés. En résumé : « Le traumatisme chirurgical crée une prédisposition au développement de la scarlatine qui a un début brusque, un type anormal et trouble la circulation des plaies » (Dunoyer).

3° *Variole*. — Nulle à la période d'incubation, l'influence de la variole se fait sentir en diminuant la suppuration des plaies traumatiques pendant les périodes d'invasion et d'éruption, et en soulevant les cicatrices récentes par des phlyctènes dont la sérosité devient purulente et qui se déchirent pour laisser à nu une surface ulcérée, grisâtre, de mauvais aspect; lorsque le contenu des pustules varioliques devient purulent, le pus de la plaie est sécrété lui-même en plus grande quantité, mais le liseré cicatriciel commence à s'ulcérer et à se détruire.

A moins de présenter une certaine gravité, la variole

ne paraît pas retarder notablement la formation du cal (Verneuil) (1); cependant elle suspend, d'une manière générale, le processus réparateur des plaies traumatiques pendant le cours de l'éruption et même pendant la période de convalescence; elle semble même, d'après la remarque de Desprès (2) et Verneuil, créer une prédisposition ultérieure à l'inflammation et à la suppuration des plaies opératoires ou accidentelles. Enfin, dans plusieurs observations (*loco citato*), on a noté des complications (lymphangite suppurée, érysipèle, gangrène) dont quelques-unes ont aggravé le traumatisme jusqu'à la mort.

Les blessés ne contractent pas plus facilement la variole ni la rougeole que les autres sujets, mais chez eux l'éruption variolique débute à la fois sur le visage et au pourtour de la plaie, pour se disséminer ensuite sur le reste du corps; elle se montre aussi confluyente et son évolution est plus rapide au pourtour du foyer traumatique, probablement à cause de l'activité plus grande de la circulation à ce niveau (Dunoyer).

4° *Rougeole*. — Si le traumatisme ne modifie pas d'une façon appréciable le cours ordinaire de la rougeole, en revanche, celle-ci paraît troubler parfois la marche des blessures, même après sa guérison (observ. de A. Marsch). On la voit suspendre la réparation des solutions de continuité, désunir des cicatrices et provoquer la gangrène de la plaie (Verneuil, Dunoyer).

(1) Verneuil, *Mémoires de Chirurgie*, t. IV, p. 357.

(2) A. Desprès, *Archiv. gén. de Méd.*, 1874.

§ B. MALADIES INFECTIEUSES CHRONIQUES.

1° *Scrofulo-tuberculose*. — Si l'identité de la scrofule et de la tuberculose est encore question pendant au point de vue parasitaire (1), les études anatomo-pathologiques et histologiques, les observations cliniques, les faits d'infection générale tuberculeuse de l'économie à la suite d'opérations faites contre des lésions regardées par beaucoup comme purement scrofuleuses, nous paraissent rapprocher ces deux états diathésiques au point de les réunir pour étudier en un seul chapitre leurs rapports avec le traumatisme (2).

Nous diviserons ce chapitre en trois parties : 1° marche des traumatismes chez les scrofulo-tuberculeux; 2° influence des traumatismes sur le développement de l'infection générale; 3° limites de l'intervention chirurgicale chez les mêmes sujets.

1° *Marche des traumatismes chez les scrofulo-tuberculeux.*

La tendance physiologique de ces sujets est de faire du pus ou des fongosités; aussi voit-on de simples contusions, de simples distensions qui passeraient, pour ainsi dire, inaperçues, si elles frappaient des organismes bien portants, amener dans une région la formation

(1) S. Arloing, in *Lyon Médical*, n° 44, 1884. — *Revue de Médecine*, p. 97, 1887.

(2) Tout récemment, M. Eve (*Soc. de pathologie de Londres*, nov. 1887) aurait réussi à déterminer la tuberculose chez le lapin, avec du virus scrofuleux qui avait passé par un cobaye, aussi facilement qu'avec le virus tuberculeux lui-même (*Sem. méd.*, nov. 1887).

d'un abcès froid du tissu cellulaire, ailleurs une synovite fongueuse à grains riziformes, synovite de nature tuberculeuse, comme l'ont bien prouvé les recherches de Trélat, Terrier, Verchère, Nicaise et Poulet, Bouilly, etc. Si les os sont atteints par le traumatisme, il survient de l'ostéite caséuse; si ce sont les articulations, la tumeur blanche ne tarde pas à paraître, justifiant ainsi, dans une certaine mesure, le dire des parents de ces pauvres scrofuleux, qui veulent toujours rapporter les lésions de leurs enfants à un coup ou à une chute, mais jamais à une mauvaise constitution. Les expériences de Max Schuller, à cet égard, sont concluantes. Cet expérimentateur provoque des arthrites traumatiques chez les animaux, arthrites qui restent simples et guérissent facilement chez les animaux non préparés; qui, au contraire, tournent à l'arthrite tuberculeuse chez ceux qui ont été, au préalable, inoculés avec des produits tuberculeux.

Il est toutefois un fait bien digne d'être signalé, c'est que les fractures simples guérissent normalement chez ces sujets, et si quelques auteurs ont prétendu qu'on observait chez eux un retard dans la formation du cal, le fait n'est aucunement prouvé, et est même démenti par les hommes les plus compétents (Malgaigne et Bérenger-Féraud, entr'autres). Il n'est pas non plus à notre connaissance que les scrofulo-tuberculeux aient les os plus friables que les autres sujets, et que les fractures soient plus fréquentes chez eux.

Mais ce sont surtout les lésions superficielles de la peau qui sont influencées par cette diathèse, ce qui,

pour M. Terrier, serait la conséquence de la grande richesse du tégument en vaisseaux lymphatiques. On voit alors la moindre solution de continuité se couvrir d'une croûte jaunâtre, sous laquelle se forme du pus ; les bords en deviennent œdémateux, violacés, se décolent ; le fond de la plaie se couvre de grosses granulations blafardes ; les ganglions lymphatiques de la région s'engorgent, et ce n'est qu'après beaucoup de péripéties que l'on obtient la guérison avec un tissu cicatriciel épais et fibreux, des plaies superficielles, beaucoup plus difficiles à guérir que les plaies profondes, dont la marche est, en général, régulière. Serait-ce le fait d'une dégénérescence tuberculeuse des plaies ? Nous ne connaissons qu'un cas dans lequel cette démonstration ait été faite. C'est chez un malade opéré de fistule à l'anus par M. le professeur Trélat ; M. Malassez aurait montré que les bords de la plaie étaient atteints de dégénérescence tuberculeuse (1). Enfin, Legouest signale chez les tuberculeux cachectiques l'amaigrissement et la conicité des moignons d'amputations (2). Mais, il faut bien le dire, il reste encore beaucoup de points à éclaircir dans ce chapitre, et on ne pourra le faire qu'à l'aide d'observations nombreuses et prises avec le plus grand soin.

Pour l'étude du second point : « *Influence du traumatisme sur le développement de la maladie* », nous trou-

(1) Leroux, *Des amputations et des résections chez les phthisiques* (Th. Paris, 1880).

(2) Legouest, Art. *Amputations* du *Dict. encycl.*

vons une littérature beaucoup plus étendue et plus précise. Dès 1844, pour ne pas remonter plus haut, Lugol disait que le traumatisme peut éveiller la diathèse quand elle sommeille, déterminer la localisation quand elle est en activité, et Bazin (*Leçons sur la scrofule*) partage pleinement cette manière de voir. M. Verneuil explique ce point de départ traumatique de la tuberculose par sa théorie du microbisme latent (1). Dans cette hypothèse, l'économie recèle toujours des micro-organismes qui restent inertes dans les conditions ordinaires de la vie. Mais que l'organisme s'affaiblisse, qu'un traumatisme réalise une rupture de vaisseaux sanguins et lymphatiques, déterminant ainsi une modification dans la vitalité des éléments organiques, et ces bacilles amèneront des accidents de tuberculose locale, laquelle peut se généraliser par effraction du foyer, sous l'influence d'un traumatisme soit accidentel, soit opératoire.

Au Congrès médical de Lille (1874), M. Perroud (de Lyon) montrait que la phtisie pulmonaire avait quelquefois pour origine, chez les mariniers du Rhône, une contusion chronique du thorax par l'harpie, perche qu'ils appuient contre la poitrine pour écarter leurs bateaux des rives et pour les faire progresser. Depuis, Lécorché et Talamon (*Etudes médicales*, p. 83), Teissier père, Verneuil et Lebert (2) adoptent cette manière de voir et citent des cas analogues. Mendelsohn, cité par Debove (3), rapporte neuf observations personnelles de

(1) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1886.

(2) *Rev. mens. de Méd. et de Chir.*, 1877.

(3) *Revue de Hayem*, p. 533, avril 1886.

ptisie par contusion. Dans quelques-unes de ces observations le traumatisme avait déterminé une hémoptysie, mais plusieurs fois le malade n'avait pas craché de sang.

A la suite d'opérations destinées à remédier à des lésions de tuberculoses locales (curage d'abcès froids, extirpation de ganglions, ouverture et curage de synovites tuberculeuses, redressement de membres atteints de coxalgie, etc.), on a vu éclater des méningites tuberculeuses (surtout à la suite d'extirpation de ganglions) et des phtisies pulmonaires : quand les lésions générales existaient déjà, le traumatisme en activait la marche (Verneuil (1), Lucas-Championnière (2), Richelot (3), etc.) John Baron (1818), traduit par Boivin (Paris 1825) aurait vu se développer une péritonite tuberculeuse chez un sujet qu'il avait opéré de hernie étranglée deux mois plus tôt, et Verneuil cite un exemple de fracture simple devenue le point de départ d'une tuberculose généralisée (*loco citato*).

On a encore prétendu qu'un traumatisme pourrait déterminer la formation de noyaux tuberculeux dans des organes éloignés de la région lésée (Roque d'Orbecastel) (4), seulement les cas ne sont pas encore assez probants pour affirmer cette action à distance. Par contre

(1) Verneuil, *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose* (Paris, 1887).

(2) Lucas-Championnière, *in Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 1885.

(3) Richelot, *in Union médicale*, 1885.

(4) Roque d'Orbecastel, *De la tuberculisation d'origine traumatique* (Th. de Paris, 1880).

des faits cliniques nombreux attestent l'origine traumatique de la tuberculose génitale (Gosselin, Verneuil, Reclus) et articulaire, mais il s'agit souvent alors d'un noyau ignoré devenu douloureux par le trauma.

Tout ce qui précède montre de quelle gravité sont les traumatismes chez les scrofulo-tuberculeux : ce qui nous amène légitimement à examiner notre troisième question : « Faut-il intervenir chirurgicalement chez les tuberculeux ? Dans quelles limites ? » (1)

Certaines opérations, dites opérations d'urgence, n'ont pas à nous arrêter. Dans un cas de hernie étranglée par exemple, il n'y pas à hésiter ; l'intervention est commandée quelque soit l'état cachectique du sujet et malgré les suites que l'on peut redouter de l'opération, puisqu'autrement la mort est imminente. Avant d'aller plus loin, se pose une question préjudicielle : la tuberculose est-elle curable ? Car de toute évidence, il serait inutile d'intervenir dans un grand nombre de cas de tuberculose locale, si la guérison était impossible. Heureusement la réponse doit être affirmative : cela ressort pleinement des preuves anatomiques fournies par Cruveilhier, par Rogée, et confirmées, en 1878, par les recherches histologiques de Grancher. Les meilleurs cliniciens eux-mêmes citent des arrêts remarquables de cette maladie, et même des cas de guérison complète (Grisolle, Guéneau de Mussy, Jaccoud, Hérard et Cornil, Péter), et cela à toutes les époques de

(1) Coudray, *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose* (Th. de Paris, 1884).

la maladie ; M. Ollier (1) retrouve après onze ans des opérés complètement guéris et d'autres dont la maladie garde une marche lente. La maladie étant curable, l'intervention chirurgicale devient légitime, et dans les cas où la lésion locale existe seule, et dans ceux où elle vient compliquer la maladie générale et l'aggraver. On doit d'autant moins la redouter que M. Duplay (2) vient de montrer que les accidents tuberculeux dus à l'intervention chirurgicale ne se sont présentés que dans

6 %	des cas	(Statistique de Walkers) ;
9 %	— —	Neumeister) ;
15 %	— —	Ch. Nélaton) (3).

Reste donc à déterminer quel état de l'organisme devient une contre indication formelle à toute opération ? Quelles lésions locales indiquent et légitiment une intervention et la nature de cette intervention ? L'état des principaux viscères et des principales fonctions doit entrer en ligne de compte bien plus que l'état local du poumon. C'est ainsi qu'il faudra éviter d'opérer un malade atteint de tuberculose fébrile dont la marche paraît devoir être rapide. On devra toutefois se rendre compte, autant que le permettent les données cliniques actuelles, si cette fièvre est le résultat de la tuberculisation générale ou si elle n'est que l'effet

(1) Ollier, *Traité des résections*, t. I, p. 635, Paris, 1886.

(2) S. Duplay, *Revue critique* (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1887).

(3) Nélaton arrive à ce résultat en relevant les observations des thèses de Petitot, de Coudray et les Mémoires de Poinot et de Gangolphe, et il se résume en disant que la rareté de cette complication ne saurait pas plus impliquer une contre indication que la crainte de l'érysipèle ou de l'infection purulente.

d'une infection septique ayant les produits de la plaie pour point de départ, auquel cas l'opération deviendrait favorable et devrait être pratiquée le plus rapidement possible. Le dépérissement du sujet accompagné d'un mouvement fébrile continu, hors de proportion avec les lésions constatables, est une contre indication formelle à toute intervention. Et encore doit-on étudier attentivement le sujet et opérer, si l'hecticité paraît être le fait de la suppuration, plutôt que celui de la phthisie.

Un accident assez commun chez les tuberculeux et contre lequel l'intervention chirurgicale est chose fort discutée, est la fistule à l'anus. Pour certains auteurs (Velpeau, Gosselin, etc.), ce serait une sorte de *noli me tangere*. M. Péter considère la fistule à l'anus comme un exutoire qui peut avoir son utilité. Toutefois, avec son maître Trousseau, il est partisan d'en débarrasser l'économie quand les viscères ne sont pas encore trop malades, surtout quand la fistule provoque des douleurs, mais alors il supplée à cette fonction dérivatrice par l'application d'un vésicatoire permanent ou par l'application de cautères potentiels. M. Terrier, partisan de l'opération, avoue pourtant n'avoir eu que des échecs toutes les fois que les lésions viscérales étaient un peu avancées (1). Dans les cas de tuberculose de la choroïde, MM. Th. Anger, Poncet (de Cluny), Trélat et Perrin (2), sont d'avis d'intervenir dès que se manifestent des troubles fonctionnels et des accidents glaucomateux.

(1) L'ablation du foyer tuberculeux doit être de règle, quand il n'est pas curable médicalement.

(2) *Bull. de la Société de Chirurgie*, juin 1882.

Le professeur Trélat (1), et MM. Lannelongue et Richelot partagent son avis, dit qu'en opérant de bonne heure une tuberculose locale et en extirpant radicalement le foyer, on peut éviter la généralisation de la maladie. C'est pour la même raison qu'il faut opérer le sarco-cèle tuberculeux primitif d'assez bonne heure, avant que la généralisation du tubercule ait pu s'effectuer. Si la généralisation a lieu, il faut opérer pour remplir certaines indications (suppuration abondante, douleurs, etc.). Les abcès tuberculeux, les synovites tendineuses, demandent aussi à être opérés ; il est bon, toutefois, quand la chose est possible, de commencer par faire des injections d'éther iodoformé, selon la méthode de Verneuil ; si cette méthode ne réussit pas, il ne faut pas hésiter à intervenir et à mettre en pratique les conseils de M. Bouilly qui, dans un travail publié par la *Revue de Chirurgie* (1883, page 886), dit : « Je pense que l'intervention doit avoir surtout pour but la destruction radicale des lésions par des opérations pratiquées autant que possible dans les tissus sains et en dehors de la zone suspecte, c'est-à-dire avec les principes généraux que nous appliquons au traitement des néoplasmes malins. » Nepveu (2) cite des cas heureux de raclage d'abcès tuberculeux de diverses régions, (cas de Bœckel, de Reclus, et enfin les trois cas de Delorme qui ont provoqué son rapport).

Contre les lésions articulaires et osseuses, l'interven-

(1) *Eodem loco*, 1881. •

(2) *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1886. — Thuau, *Essai sur le traitement des abcès froids tuberculeux* (Th. de Paris, 1887).

tion n'est pas moins indiquée, car on a vu des phtisiques avancés, notablement améliorés dans leur état général, sinon guéris, par une opération qui tarissait une suppuration épuisante. Quand bien même la survie ne serait que de courte durée, l'état de bien-être relatif qui succède à l'opération, le relèvement momentané des forces, l'amélioration de l'état moral du sujet, suffiraient à justifier l'intervention (1). Du reste, M. Ollier si compétent dans ces questions n'écrit-il pas (*loco citato*, p. 392) : « Insuffisants tant que persistaient des os malades et irrémédiablement altérés dans leur structure, les traitements hygiéniques et médicaux amènent des guérisons rapides et stables, dès que les portions osseuses malades ont été enlevées. » Et, d'après lui encore, une opération ne serait contre-indiquée que si l'affection articulaire se montrait comme signe d'infection générale de l'économie ; au contraire elle devrait être tentée avec grand espoir de succès, si la tuberculose osseuse ou articulaire était le point de départ de l'infection générale. En tout état de cause, d'après l'habile chirurgien de Lyon, une douleur articulaire vive nécessiterait toujours l'opération.

Dans les cas d'ostéo-arthrites, aura-t-on recours à la résection ou à l'amputation ? M. Terrier (*loco citato*, p. 29), dit à ce propos qu'on doit se guider sur la facilité des soins hygiéniques à donner et sur la facilité que l'on a de les perpétuer ; que d'une façon

(1) Rapport de M. Chauvel sur deux observations de M. Mabboux (*Bull. Soc. de Chirurgie*, 1886).

générale, il faut choisir l'opération qui laisse la plaie la plus simple, la moins anfractueuse (Verneuil) ; qu'il faut aussi éviter les résections des membres inférieurs, surtout chez les vieillards, à cause de l'immobilité prolongée que la résection entraîne, et enfin que l'on doit consulter les statistiques au sujet des résultats obtenus. (1). De même sur un sujet débilité par une longue maladie, par une longue suppuration, il faut préférer l'amputation à la résection (2).

M. Ollier (3) préconise une intervention rapide et active dans les cas d'ostéo-arthrites, et dans son *Traité des résections* il se montre fort partisan de ces opérations. « Les résections, dit-il, donnent souvent des succès durables. Elles permettent non-seulement d'obtenir une guérison locale, mais encore d'enrayer les accidents généraux qui ont leur source dans l'absorption des produits des foyers tuberculeux articulaires. Les amputations doivent être préférées aux résections dans les formes graves de la tuberculose articulaire, mais une résection suivie d'une guérison locale complète n'expose pas plus que l'amputation à l'infection tuberculeuse secondaire. » M. Pollosson (4) cite des observations de guérisons d'amputation pour arthrite du

(1) Rappelons toutefois que les chiffres ne sauraient conduire à une appréciation exacte, et cela pour un grand nombre de raisons bien développées par M. Ollier (*loco citato*, pages 624 et suivantes).

(2) Cela est vrai pour les tuberculoses avancées, mais au début, la résection nous paraît toujours préférable à l'amputation.

(3) Ollier, *Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire* (*Revue de Chirurgie*, 1885).

(4) Pollosson, *Gaz. hebd.*, n° 18, 1883.

genou affecté de tuberculose miliaire. Il va jusqu'à citer des cas de résection où les fongosités conservées auraient servi à la reproduction du tissu sain. M. Lucas-Championnière (1) rapporte onze cas de guérison sur onze résections du genou et avec amélioration consécutive de l'état général. Il ne voit de contre indication à cette résection que dans l'étisie du sujet, mais à condition que l'opération soit absolument antiseptique et qu'il y ait guérison par première intention. M. Verneuil recommande bien aussi l'antisepsie, mais il préconise le pansement antiseptique ouvert.

L'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse a fait, ces dernières années, de notables progrès ; pratiquée tout d'abord accidentellement, par erreur de diagnostic, et avec des suites heureuses (Spencer Wells, Letiévant, etc.), la laparotomie fut faite intentionnellement avec le même succès, en France, par de St-Germain et Prengrueber, chez deux enfants atteints de péritonite tuberculeuse localisée. Divers travaux ont paru récemment sur le même sujet, et la question vient d'être agitée au dernier Congrès des chirurgiens allemands. Kümmell, Mikulicz, etc., ont apporté plus de 30 observations, dont 6 décès (2 morts opératoires et 4 par la généralisation de la tuberculose). Actuellement, il n'est pas encore possible de poser d'une façon précise les indications de cette opération, toutefois, étant donné la bénignité de l'incision et les résultats des premières statistiques, il semble acquis que l'on pourra

(1) Lucas-Championnière, *Résection du genou* (*Revue de Chirurgie*, p. 1, 1887).