

hâter d'intervenir; malheureusement les opérations les plus radicales ne suffisent pas toujours à enrayer la marche du mal.

B. — GANGRÈNE PAR LÉSIONS VASCULAIRES

Les obstacles à la circulation artérielle, qu'ils soient dus à la déchirure des tuniques du vaisseau par le traumatisme ou à leur obstruction par un caillot qui en ferme totalement ou partiellement la lumière, peuvent devenir une cause de gangrène. Cependant les observations de gangrène consécutive à un traumatisme qui a intéressé les artères sont exceptionnels; s'il y a plaie, la mort survient d'ordinaire par hémorragie; dans le cas de contusion ou de plaie contuse il est rare que la lumière du vaisseau soit totalement obstruée, et le fait se présenterait-il, que la circulation collatérale, en se développant, assurerait la nutrition.

Plus rare encore est la gangrène par arrêt de la circulation veineuse, grâce aux anastomoses nombreuses que s'envoient entre eux les vaisseaux à sang noir. D'après CRUVEILHIER, pour que la gangrène se développe à la suite de lésions des veines, il faut que l'oblitération des troncs et des collatérales soit complète. On comprend combien doit être exceptionnel un semblable concours de circonstances. Il nécessite une compression circulaire exacte et assez violente. Le sang lancé avec force par le cœur dans le système artériel franchit l'obstacle, mais le courant veineux dont l'intensité est moindre se trouve brusquement arrêté. De là l'engorgement des tissus, leur augmentation de volume, et enfin la gangrène humide.

L'obstruction artérielle entraîne l'abaissement de la température et la pâleur du membre blessé. Aux extrémités du réseau artériel le pouls est à peine perceptible ou même a complètement disparu, et suivant les causes de l'obstruction, la gangrène affecte la forme sèche ou humide.

C. — GANGRÈNE D'ORIGINE NERVEUSE

Bibliographie. — HALLER et QUESNAY, *Traité de la gangrène*, 1749. — BRODIE, *Injuries of the spinal cord*, in *Med. Chir. Transact.*, 1837. — GUBLER, *Soc. de biologie*, 1854. — ASHURST, *Injuries of the spine with anal. of nearly four hundred cases*, Philadelphie, 1867. — VITRAC, *Revue photograph. des Hôpitaux*, 1871. — V.-A. SANSON, *Lancet*, déc. 1871. — CHARCOT, *Mal. du syst. nerveux*, 1875. — DUPLAY et MORAT, *Arch. de méd.*, 1875. — DURET, *Gaz. méd.*, janvier 1876. — JOFFROY, *Arch. de méd.*, 1876. — LELOIR, *Cont. à l'ét. des affect. cutanées d'origine troph.*, *Arch. de phys.*, mars et avril 1881.

Thèses de Paris. — 1857, ZAMBAGO. — 1867, MOUGEOT. — 1871, COUYBA.

Les gangrènes consécutives aux lésions des nerfs ou du système nerveux ont depuis longtemps attiré l'attention des observateurs. Dès 1749 dans leur traité de la suppuration, HALLER et QUESNAY avaient avancé que la section des nerfs d'un membre suffit pour amener la gangrène. Cette opinion fut démontrée fautive par les recherches expérimentales d'HÉBRÉARD et WOLF (1817). Depuis une vingtaine d'années les travaux de WEIR MITCHEL, BROWN-SÉQUARD,

CHARCOT, ne permettent pas de mettre en doute les ulcérations et destructions de tissus, qui surviennent à la suite de lésions nerveuses.

Les affections des centres nerveux donnent lieu à la production d'escarres qui se développent avec une rapidité parfois considérable (*Décubitus acutus de Samuel*). Le traumatisme a une action presque nulle sur l'apparition de ces lésions. Dans les maladies de l'encéphale, on voit, dans la plupart des cas, le malade reposer sur la fesse saine, et la gangrène souvent unilatérale se développer au niveau de la fesse du côté paralysé.

À la suite des lésions du système nerveux périphérique, la gangrène est d'ordinaire bornée à des plaques limitées, c'est un accident tardif; rarement elle se montre d'emblée, ou affecte une marche rapide. Cependant MAURICE RAYNAUD rapporte qu'un chirurgien anglais, WYAT, qui fréquentait les ambulances pendant la guerre franco-allemande, considérait le développement de la gangrène foudroyante au membre inférieur comme un indice certain de la section du nerf sciatique par coup de feu. Et l'auteur ajoute: « Dans quatre faits dont j'ai eu connaissance et dont un s'est passé dans mon service les choses se sont présentées ainsi. » L'autopsie dans ces quatre circonstances démontra la vérité du fait annoncé; quoi qu'il en soit, ce sont là évidemment des observations qui doivent être rares, la gangrène en effet semble être un accident qui vient surtout compliquer les blessures déjà anciennes. LELOIR et DÉJÉRINE ayant pu examiner les filets nerveux autour d'une plaque de gangrène d'origine nerveuse, ont reconnu dans ces nerfs les altérations de la névrite parenchymateuse (dégénérescence vallérienne). L'absence de lésions centrales dans ce cas, autorise les auteurs à considérer cette lésion comme primitive.

Bien des hypothèses ont été émises pour expliquer l'origine et le mécanisme de cette affection, nous aurons occasion d'y revenir en étudiant les troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs.

D. — GANGRÈNE GAZEUSE FOUROYANTE

Bibliographie. — MAISONNEUVE, *De la gangrène foudroyante*, etc., *Acad. des sciences*, 5 sept. 1853, et *Gaz. méd. de Paris*, 1853. — CHASSAIGNAC, *Acad. des sciences*, même vol., p. 463. — VELPEAU, *Union méd.*, 1855, p. 58. — PIROGOFF, *Klinisch. Chirurg.*, Leipzig, 1854. — SALLERON, *Des amput. primit. et consécut.*, in *Recueil des mém. de méd. pharm. et chir. milit.*, t. XXI, 1858, p. 300. — MAURICE PERRIN, *Académie de médecine*, 29 octobre 1872. — TERRILLON, *Septicémie aiguë à forme gang.*, in *Arch. de méd.*, février 1874, p. 159. — MONDON, *Trois cas de gang. foudroyante*, in *Lyon méd.*, 1878. — LE DENTU, *Amput. dans la gang. foudroyante*, in *Revue mens. de méd. et chir.*, t. II, 1878. — D. MOLLIÈRE, *Gangrène gaz.*, in *Lyon méd.*, et *Gaz. heb.*, 1881. — PONCET, *Lyon méd.*, 1881. — TRIFAUD, *Revue de chir.*, t. III, 1883. — CHAUVEAU, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1884.

Thèses de Paris. — 1873, FRÉRY. — 1876, JUBIN. — 1884, LALLEMENT.

Thèses de Lyon. — 1879, TÉDÉNAT. — 1883, COURBOULÈS.

Thèses de Montpellier. — 1877, MORAND.

Définition. — On désigne sous ce nom, une complication redoutable des plaies d'origine spécifique, déterminée par un agent unique, lequel, d'après les

recherches de CHAUVEAU, ne serait autre que le *vibrion septique* de PASTEUR. Cette affection se manifeste localement par des accidents gangreneux à forme maligne et putride, et s'accompagne de symptômes généraux infectieux de la plus haute gravité.

Synonymes. — La prédominance des symptômes observés dans les différentes circonstances, a fait donner à la maladie des qualificatifs particuliers par les auteurs. C'est ainsi qu'on l'a successivement appelée : Emphysème gangreneux ou empoisonnement traumatique (CHASSAIGNAC); Pneumohémie putride (MAISONNEUVE); Gangrène foudroyante (MAISONNEUVE, CHASSAIGNAC); Emphysème putride (SALLERON); Œdème purulent aigu (PIROGOFF); Infection putride aiguë (M^o PERRIN); Panphlegmon (FISCHER); Septicémie aiguë à forme gangreneuse (TERRILLON); Gangrène galopante (GOSSELIN); Gangrène gazeuse foudroyante (D. MOLLIÈRE, TRIFAUD).

Étiologie — a. *Blessure.* — Cette terrible affection peut se montrer après tous les traumatismes. Elle complique surtout ceux qui s'accompagnent d'attrition considérable des tissus et de fracas osseux. Les plaies par écrasement dans la pratique civile et les blessures par éclat d'obus en chirurgie d'armée se font remarquer par leur triste prérogative sous ce rapport. Des lésions aussi graves ne sont pas nécessaires, la gangrène foudroyante se développe fréquemment à la suite de simples sétons par petits projectiles et à la suite de plaies nettes, comme les plaies d'amputation.

b. *Blessé.* — On a souvent invoqué pour expliquer la production de la maladie, le surmenage, les fatigues antérieures, l'état moral du blessé, causes qui nous paraissent assez banales. Beaucoup plus importantes sont les propathies (diabète, alcoolisme, paludisme).

c. *Milieu.* — L'affection a surtout été observée dans les hôpitaux et ambulances encombrés. Elle acquiert dans ces conditions un caractère essentiellement épidémique, la contagion est indéniable, elle devient le fait dominant, la nature et l'étendue de la blessure, la constitution du blessé, ses antécédents jouent alors un rôle des moins importants.

d. *Nature.* — Depuis un certain nombre d'années les auteurs admettaient que la gangrène gazeuse était une affection de nature septique, produite par un microbe spécial, mais il s'agissait d'établir la nature de ce microbe et de montrer qu'il était bien réellement la cause de la maladie. Les recherches d'ARLOING et CHAUVEAU nous semblent avoir établi d'une manière absolue ce point spécial de la science. Dans une note communiquée récemment à l'Académie de médecine (août 1884), CHAUVEAU affirme que la septicémie gangreneuse de l'homme, identique du reste à la septicémie gangreneuse des animaux, est produite par un microbe aérobie qui probablement n'est autre que le vibrion septique de PASTEUR. « Les germes de ce vibrion septique sont les hôtes habituels de l'homme et des animaux, mais ils ne se développent et ne déterminent les accidents graves que l'on connaît qu'à la suite des traumatismes, que ces traumatismes s'accompagnent de plaies extérieures, ce qui est la règle, ou qu'ils soient exclusivement sous-cutanés. La sérosité des phlyctènes inoculées au cobaye, au lapin, à l'âne, au cheval leur communique presque infailliblement une septicémie gangreneuse mortelle. Le vibrion sep-

tique se rencontre dans cette sérosité, dans le sang, dans les plèvres, dans le péricarde; en raclant la surface du foie et des autres viscères abdominaux on se procurera cet agent en abondance. » Ce microbe, étant *anaérobie*, se développe moins facilement à la surface des plaies vives et bourgeonnantes que dans les contusions et plaies contuses; la théorie est ici parfaitement d'accord avec l'observation journalière, car, ainsi que nous l'avons dit, la gangrène septique complique surtout ces écrasements graves que produisent les moteurs de l'industrie et les gros projectiles. Lorsqu'un animal inoculé par ce virus échappe à la mort, il acquiert une immunité absolue. Pour obtenir plus facilement cette immunité le meilleur procédé consiste à faire des injections intra-veineuses de virus.

e. *Début.* — La gangrène foudroyante se montre d'habitude peu de temps après le traumatisme, de huit heures à six jours (TERRILLON). Elle est annoncée le plus ordinairement par un ensemble de prodromes sur lesquels MORAND a particulièrement attiré l'attention. — Puis, le blessé, habituellement dans la nuit (SALLERON), est pris d'une terreur subite, il lui semble qu'un poids énorme pèse sur sa poitrine et l'empêche de respirer malgré tous ses efforts, et bien que le jeu de la cage thoracique soit normal, il ne peut parvenir à satisfaire ce besoin d'oxygène. Bientôt apparaissent les symptômes locaux.

Du côté du membre blessé, des douleurs vives, profondes, avec sensation de constriction telle, que le malade dans le but de trouver un soulagement à ses souffrances, s'empresse de défaire toutes les pièces de son pansement (SALLERON).

« La peau est tendue, d'une coloration livide, et présente très souvent une teinte bronzée caractéristique. Des traînées de couleur foncée accompagnent et précèdent cette coloration; elles suivent le trajet des veines sous-cutanées, puis au bout de très peu de temps on voit survenir à la surface de la peau, des phlyctènes petites, disposées par groupes et remplies de sérosité noirâtre. La plaie devient grisâtre et se remplit d'un liquide ichoreux et brunâtre mélangé de sang » (TERRILLON). Au pourtour de la plaie les tissus infiltrés de gaz crépitent sous les doigts, des bulles de gaz refoulées par la compression viennent crever dans le liquide ichoreux. Cette infiltration gazeuse gagne rapidement les mailles du tissu cellulaire, la peau distendue donne à la percussion un son tympanique. Lorsque le développement de gaz est rapide, dit TERRILLON, l'oreille armée d'un stéthoscope perçoit un bouillonnement qui semble se produire dans la profondeur des tissus. TÉDENAT a constaté le fait plusieurs fois. — Au début la plaie et le membre entier sont le siège d'une élévation de température assez intense, mais de peu de durée; bientôt en effet, le refroidissement commence et gagne de proche en proche.

Symptômes généraux. — Dès l'apparition des premiers symptômes locaux, le pouls paraît petit, fréquent, les mouvements du cœur tumultueux. « La figure en se rétrécissant se décompose, l'œil brillant, hagard, s'enfonce dans l'orbite à mesure que le gonflement remonte vers le tronc; le champ de la respiration et de la circulation diminue progressivement, le pouls devient filiforme, concentré, les mouvements du cœur presque insensibles; la respiration de plus en plus accélérée est courte, anxieuse. Les malades tombent rapide-

ment dans un état complet d'indifférence suivi d'insensibilité et de stupeur profonde ; et, sans plainte, sans agitation, ils s'éteignent dans l'algidité après une agonie souvent fort longue mais parfois de courte durée » (SALLERON).

Terminaison. — La mort est en effet la terminaison ordinaire de la maladie, cependant elle n'est pas absolument fatale. MAISONNEUVE, FRÉRY, MAURICE PERRIN, DUPLOUY, TERRILLON ont rapporté des cas de guérison.

Anatomie pathologique. — Ce qui frappe tout d'abord à l'autopsie, c'est la décomposition hâtive du cadavre ; les gaz infiltrent rapidement le tissu cellulaire du membre et gagnent le tronc. La peau tendue, luisante, présente des surfaces marbrées, des stries jaunâtres, des plaques gangréneuses ; elle laisse voir les veines sous-cutanées remplies de sang noirâtre, à sa surface on rencontre des phlyctènes remplies d'une sérosité louche ; à leur niveau l'épiderme se détache avec facilité.

Le tissu musculaire, dit SALLERON, est pâle, décoloré comme de la chair lavée et macérée ; les fibres sont infiltrées par cette sérosité roussâtre et putride que nous avons déjà signalée.

Le sang est noir, fluide, difficilement coagulable. D'après NEPVEU et DAVAINÉ il contiendrait : 1° des cristaux aciculaires analogues à ceux que FELTZ a signalés dans les affections septiques ; 2° de la fibrine irrégulièrement striée, infiltrée de nombreuses granulations moléculaires, germes probables des bactéries.

Les veines sont gorgées de sang noir, et fréquemment SALLERON les a trouvées distendues par des fluides gazeux. C'est à la présence de ces gaz que PARISE attribue les morts subites qui surviennent dans le cours de la maladie. D'après cet auteur, le mécanisme de la mort est le même que dans les cas d'introduction artificielle d'air dans les veines, les gaz agissent comme gaz, non comme toxiques. Cette terminaison serait particulièrement à craindre dans les gangrènes profondes, humides, à marche rapidement envahissante.

Pronostic. — C'est une affection des plus graves qui pardonne rarement, quelle que soit la rapidité de l'intervention chirurgicale.

Traitement. — Dès le début on peut avoir recours aux scarifications profondes, aux larges incisions qui seront suivies d'irrigations phéniquées faites avec une solution forte, ou d'irrigations alcooliques comme le veut MAURICE PERRIN. Ces différents procédés n'ont pas donné les résultats que l'on pouvait attendre ; aussi, lorsque l'état du blessé ne s'y oppose pas, vaut-il mieux dès le début recourir à une intervention plus radicale et amputer. Si l'on veut avoir quelques chances de succès, il faut amputer de bonne heure, et le plus loin possible de la blessure afin de se mettre en dehors de la zone infiltrée. Dès que l'infiltration a envahi un segment de membre, il est nécessaire de remonter immédiatement dans le segment supérieur. On ne doit pas réunir les plaies de ce genre, mais au contraire les laisser largement ouvertes, la pulvérisation phéniquée en permanence nous semble particulièrement indiquée.

Les différentes formes de gangrènes qui viennent compliquer le traumatisme nous étant ainsi connues, nous devons reprendre et terminer l'étude générale de la gangrène.

Diagnostic de la gangrène en général. — Lorsque la gangrène est établie, il n'est pas difficile d'en reconnaître l'existence, mais après un traumatisme le chirurgien peut être très embarrassé pour dire si l'on doit ou non redouter son développement. Parfois en effet, à la suite d'une contusion, le membre est froid, insensible, les battements artériels à peine perceptibles, tout fait croire à la formation prochaine et rapide d'escarres ; cependant par un traitement approprié, ces symptômes peuvent s'amender et les parties revenir à l'état normal. Il faut également se garder de prendre pour une plaque de gangrène les colorations de toute nature que l'on rencontre quelquefois à la surface des téguments, en particulier celles qui résultent d'une ecchymose. Avec un peu d'attention on évitera semblables erreurs. Les symptômes que nous avons exposés suffiront aussi pour différencier entre elles les diverses gangrènes.

Pronostic. — Le pronostic de la gangrène dépend de l'état général du sujet, de l'intensité du traumatisme et surtout de la forme que prend la maladie. Si la peau et le tissu cellulaire sont seuls atteints, si les parties mortifiées n'ont qu'une petite étendue, après élimination de l'escarre il reste une plaie simple et de peu d'importance. Il n'en est plus de même dans les cas où les parties molles sont intéressées sur une étendue considérable, la lésion bien que superficielle, nécessite alors l'amputation. Lorsque la mortification atteint les parties profondes, on peut voir survenir à la chute des escarres des hémorragies graves ; une cavité naturelle, une articulation importante peuvent aussi être ouvertes. De plus, il faudra surveiller la guérison, éviter les rétractions cicatricielles et les déformations qu'elles entraînent. Dans les cas de gangrène foudroyante, malgré les soins les plus pressés, l'intervention chirurgicale la plus hardie et la plus large, la mort est presque toujours fatale. Il semble que l'organisme soit alors sous le coup d'une intoxication générale qui légitimerait le nom que TERRILLON a donné à la maladie : Septicémie aiguë à forme gangreneuse.

Traitement. — 1° *Prophylaxie.* — Certaines précautions doivent être prises pour prévenir le développement de la gangrène. 1° En présence d'un malade qui doit rester alité pendant longtemps, il faut disposer le lit de façon à soulager le plus possible les points de contact ; les matelas d'air et d'eau rendent dans ces circonstances les plus grands services. 2° Toutes les fois qu'il appliquera un appareil, le chirurgien veillera à ce que les différentes parties n'exercent pas de constriction douloureuse et n'amènent aucun arrêt de la circulation. 3° A la suite des contusions violentes qui entraînent la désorganisation de tout un membre, les précautions que l'on peut prendre sont la plupart du temps inutiles ; mais, lorsque la contusion est moins intense, ou dans les cas de lésions vasculaires, il est nécessaire d'essayer par tous les moyens possibles de favoriser le rétablissement de la circulation collatérale (frictions, emploi de briques chaudes, de la ouate, etc.). Enfin, il faut se rappeler que dans certains traumatismes, au moment de la réaction inflammatoire, il peut survenir de l'étranglement des tissus, d'où la nécessité du débridement. On a essayé encore pour prévenir le développement de la gangrène de faire au niveau des parties suspectes des scarifications, des incisions plus ou moins profondes, et de les panser avec

des liquides ou des poudres antiseptiques. Ces divers moyens insuffisants sont abandonnés.

2° *Traitement général*. — Le traitement général des gangrènes chirurgicales est absolument subordonné aux symptômes dominants. Il n'existe malheureusement pas de spécifiques contre la gangrène. Les préparations de quinquina et la médication phéniquée, sur lesquelles on avait fondé les plus grandes espérances, n'ont pas donné les résultats que l'on attendait. Souvent, comme nous l'avons vu, la gangrène se développe particulièrement pendant cette période consécutive au choc traumatique dont l'ensemble des accidents constitue la stupeur. On doit alors soutenir les forces du blessé, relever son système nerveux, essayer de rappeler la nutrition et la vie; les excitants diffusibles, les injections sous-cutanées d'éther seront employés avec avantage.

3° *Traitement local*. — La gangrène existant, il faut, disent les auteurs du *Compendium* : 1° en arrêter les progrès et combattre les symptômes locaux; 2° favoriser l'élimination des escarres; 3° celles-ci étant éliminées, surveiller la marche de la plaie.

Arrêter le progrès du mal n'est pas toujours possible. L'emploi du fer rouge conseillé par FOLLIN est certainement un des meilleurs procédés; avec le couteau du thermo-cautère porté au rouge sombre, on pénètre dans les tissus plus ou moins profondément. On fera ainsi autour des escarres une couronne d'incisions, la réaction qui se produira limitera parfois la marche du mal. Dans les cas de gangrène putride, MAURICE PERRIN conseille les irrigations phéniquées.

La forme des escarres donne lieu à diverses considérations touchant les pansements. Les escarres sèches n'ont presque aucune odeur, on peut les recouvrir de compresses émollientes pour favoriser leur élimination. Dans la forme humide, il faut lutter contre la mauvaise odeur et contre le développement de gaz putrides; les poudres antiseptiques (quinquina), absorbantes (charbon) sont fréquemment employées. On doit aussi essayer par l'application de caustiques de transformer l'aspect de ces parties et d'obtenir une escarre sèche. Au moment de l'élimination des tissus mortifiés, nous avons signalé un certain nombre d'accidents contre lesquels il faut être en garde (hémorragie, ouverture de cavités, etc.). Nous ne reviendrons pas sur ce sujet ni sur les soins à prendre pour diriger la marche de la cicatrisation.

Lorsque la gangrène n'a pu être limitée, qu'elle menace de gagner le membre en entier et d'envahir le tronc, l'amputation est indiquée. Il est encore nécessaire d'intervenir dans les gangrènes superficielles étendues, dans les cas de gangrène avec fracture comminutive ou plaies articulaires.

Si la gangrène est limitée et occupe une partie considérable d'un membre, que doit faire le chirurgien? Les avis sont partagés. Les uns veulent amputer. L'amputation, disent-ils, enlève un membre mortifié et putrescible, le moignon que l'on obtient est supérieur à celui qui résulte de l'élimination naturelle des parties. Les partisans de la conservation admettent que l'amputation expose à plus de dangers que l'élimination naturelle. L'élimination est inoffensive, et si le moignon est difforme, disent-ils, mieux vaut vivre avec un moignon difforme que mourir avec des moignons construits suivant toutes les règles de l'art. Nous croyons, malgré ces raisons, qu'aujourd'hui avec le progrès de la méthode anti-

septique, il est préférable d'avoir recours à l'amputation. La constatation du sucre dans les urines constitue toujours une contre-indication formelle.

CHAPITRE III

MALADIES VIRULENTES FIXES ET CHRONIQUES

1° TUBERCULOSE

Bibliographie. — VOLKMANN, in *Sammlung klinischer Vorträge*, 1879. — KENIG, in *Deutsche Zeitsch.*, 1879, et *Sammlung klinischer Vorträge*, 1882, n° 214. — LANNE-LONGUE, *Abcès froids et tuberculose osseuse*, 1880. — KIENER, *Soc. méd. des Hôp.*, 1881. — KIENER et POULET, in *Arch. de Physiol.*, 1883. — VERNEUIL, *Assoc. française pour l'avancement des sciences*, Rouen, 1883. — RECLUS, *Clinique et crit. chir.*, 1883. — CHARVOT, *Revue de chirurgie*, 1884. — KENIG, *Die Tub. der Gelenke u. Knochen*, Berlin, 1884.
Thèses de Paris. — 1836, NÉLATON. — 1880, LEROUX. — 1883, CHANDELUX (Agrég.).
CH. NÉLATON (Agrég.). — 1884, COUDRAY, PETITOT.

Historique. — Au siècle dernier, les auteurs décrivaient sous le nom d'affection scrofuleuse un groupe de maladies dont la cause leur échappait, mais dont ils reconnaissaient assez exactement les limites. Ils savaient de plus que dans le cours de cette scrofule il n'était pas rare de voir apparaître la phtisie, et qu'on trouvait des tubercules dans les organes de ceux qui succombaient. Le mot tubercule n'avait d'ailleurs à cette époque qu'un sens assez vague.

Au commencement du siècle, LAËNNEC, par ses belles recherches, affirme l'unité du tubercule miliaire et des affections à produits caséux, démontre que la matière tuberculeuse était tantôt infiltrée, tantôt sous forme de corps circonscrits. L'histoire des tuberculoses chirurgicales ne bénéficia pas immédiatement de cette découverte. LAËNNEC en effet n'étudia que la phtisie pulmonaire; il connaissait cependant la tuberculose osseuse bien avant NÉLATON, puisqu'il raconte s'être piqué avec du tubercule provenant d'une vertèbre cariée.

De cette époque date réellement la scission qui s'est établie entre la scrofule et la tuberculose, et nous devons encore à LAËNNEC cette idée profondément enracinée, qu'on ne saurait être tuberculeux sans être phtisique. Cependant DELPECH, NICHET, PARISE et surtout NÉLATON étudient et décrivent dans les os des lésions analogues à celles que LAËNNEC avait vues dans les poumons. D'un autre côté les praticiens les plus autorisés, comme BARTHEZ et RILLIET, rejettent la scission qu'on a voulu établir entre la scrofule et la tuberculose. Ce fut en vain, ces idées étaient trop contraires aux idées admises pour être convenablement appréciées; d'ailleurs l'autorité de REINHARDT, de VIRCHOW, prêta aux adversaires de NÉLATON des arguments qui semblaient très puissants à cette époque. VIRCHOW refuse d'admettre l'identité de la granulation miliaire et des