

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, prèta 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

produits caséux ; pour lui ces derniers ne constituent qu'une inflammation banale, un mode de la suppuration ordinaire. La pneumonie caséuse, la carie, la tuberculose osseuse de NÉLATON, l'épididymite caséuse (CRUVEILHIER) ne furent plus considérées comme de nature tuberculeuse. Avec CH. NÉLATON nous donnerions volontiers le nom de période de recul à cette phase de la question qui dura de 1845 à 1867. Ce qui caractérise cette époque, c'est qu'on admet la dualité du tubercule et de l'inflammation caséuse, la dualité de la scrofule et de la tuberculose.

Depuis vingt ans la question de la tuberculose a fait de grands progrès. VILLEMEN a démontré, par ses expériences (1865), que cette maladie est une, spécifique, virulente, inoculable ; il a prouvé la nature parasitaire du tubercule. Dans le domaine de l'anatomie pathologique, grâce aux travaux de LANGHANS, KÖSTER, SCHUPPEL, THAON, GRANCHER, KIENER, on arrive aux mêmes conclusions relativement à l'unité du tubercule. Récemment KOCH a trouvé et cultivé le parasite de la maladie et permis ainsi de reconnaître la présence de l'agent tuberculeux partout où il existe.

Si personne ne soutient plus aujourd'hui la dualité du tubercule et des inflammations caséuses, il n'en est pas de même de l'unité de la scrofule et de la tuberculose ; l'erreur qui se perpétue depuis le commencement de ce siècle est difficile à déraciner. Cependant l'identité de structure des lésions scrofuleuses et tuberculeuses, la production de la tuberculose expérimentale par l'inoculation des produits scrofuleux, enfin les résultats positifs fournis par la recherche des bacilles dans les manifestations dites scrofuleuses sont des raisons absolument démonstratives. Aussi croyons-nous devoir confondre les deux maladies dans une seule en faisant remarquer qu'on a peu à peu rangé dans la tuberculose toutes les affections qui faisaient partie intégrante, il y a cent ans, du vaste domaine de la scrofule. Les noms ont changé, les maladies sont les mêmes.

Nous ne saurions, sans sortir des limites de notre plan, tracer ici une histoire complète de la tuberculose ; nous bornerons cet exposé aux notions strictement nécessaires pour l'intelligence des chapitres que nous consacrerons aux lésions tuberculeuses des tissus et des organes qui peuvent donner lieu à une intervention chirurgicale. A vrai dire, il n'y a pas de tuberculoses chirurgicales, mais parmi les manifestations locales de la maladie, il en est un certain nombre qui, par leur siège, sont plus facilement accessibles et sont justiciables d'une thérapeutique active.

La tuberculose est une maladie spécifique, parasitaire, inoculable, caractérisée par la présence de granulations isolées ou confluentes, à tendance caséuse, dans un ou plusieurs points de l'économie, susceptible de se généraliser et de devenir infectante.

Le tubercule n'est autre chose que la manifestation anatomique de la présence du parasite, la lésion organique qu'il détermine ; GRANCHER l'a encore défini avant que la nature de l'affection ait été bien démontrée « une néoplasie inflammatoire à tendance fibro-caséuse ».

Étiologie et porte d'entrée du parasite. — La principale porte d'entrée du parasite tuberculeux est assurément la voie pulmonaire : aussi la tuberculose

de cet organe est-elle très fréquente, mais ce n'est pas la seule voie d'introduction et il est bien certain que le parasite arrive également dans le sang par le système lymphatique et par les autres muqueuses (les fosses nasales, le tube digestif, les voies urinaires). Nos connaissances actuelles sur le mode de contagion de la maladie ne nous permettent pas de préciser de quelle manière se fait le contagement, de dire exactement si le bacille ou ses spores se trouvent véhiculés par l'air, l'eau, les aliments. L'inoculation du virus des animaux à l'homme, ou de l'homme à l'homme est exceptionnelle, si tant est qu'elle existe ; nous ne possédons à cet égard que des données incomplètes.

Les conditions étiologiques générales sont mieux déterminées ; si tous les âges sont exposés à la tuberculose, il n'est pas douteux que la maladie ne soit très commune dans l'enfance et qu'elle affecte alors plus spécialement le système lymphatique. La fréquence de la tuberculose décroît peu à peu à mesure que l'homme devient plus âgé pour atteindre son minimum dans la vieillesse ; chez l'adulte la phtisie pulmonaire prédomine. D'ailleurs toutes les grandes modifications physiologiques de l'organisme, la puberté, la grossesse, la ménopause sont des circonstances favorables à l'éclosion de l'affection.

La tuberculose exerce des ravages plus marqués dans les villes que dans les campagnes et c'est une notion vulgaire que la scrofule est l'apanage d'un grand nombre d'enfants des classes ouvrières de nos cités. La vie en commun, l'encombrement, la misère, l'oubli des règles hygiéniques les plus élémentaires constituent des facteurs étiologiques souvent associés. Autrefois, la maladie était inconnue dans plusieurs contrées aujourd'hui infestées ; cependant elle est beaucoup plus rare dans les pays chauds et dans les altitudes élevées.

En dehors de ces conditions étiologiques d'ordre général il en est d'autres qui tiennent à l'organisme : le germe tuberculeux ne trouve pas chez tous les sujets un terrain également propice à son développement et à sa multiplication. Plus l'organisme est faible, épuisé par des maladies locales ou viscérales, plus les chances de tuberculisation sont grandes. Aussi les affections pulmonaires, les bronchites, la pneumonie prédisposent-elles à la tuberculose chez les personnes qui sont placées dans un milieu infecté. De plus, lorsque le parasite a pénétré dans l'économie, il localise de préférence son action dans les points faibles de l'organisme. Une entorse chez un tuberculeux aura beaucoup plus de chances que chez une autre personne de se transformer en tumeur blanche. C'est là un fait dont la clinique nous offre souvent la preuve.

Enfin la tuberculose serait héréditaire dans certaines familles. Cette particularité généralement acceptée est en contradiction apparente avec la nature parasitaire de la maladie, à moins d'admettre, ce qui est plausible, qu'on hérite seulement de la prédisposition à la tuberculose.

Anatomie pathologique. — Indépendamment de ses formes et de son siège, la tuberculose est constituée par des granulations encore appelées tubercules élémentaires, follicules tuberculeux. Ceux-ci ne sont autre chose que des vaisseaux capillaires altérés par le parasite. L'affection débute par un renflement d'un capillaire bien décrit par CORNIL dans la méningite tuberculeuse. Voici quel est le mécanisme de sa formation. Le parasite tuberculeux arrêté en un point du système vasculaire détermine de bonne heure des altérations

de la paroi; les cellules endothéliales se gonflent, deviennent vitreuses, se réunissent entre elles pour former une masse dont la coupe n'est autre chose que la cellule géante (*Riesenzelle* des Allemands). Les autres tuniques du vaisseau, musculaire et connective, ne restent pas indifférentes et bientôt on constate leur épaissement notable, l'infiltration de leurs éléments et du tissu périphérique par des leucocytes émigrés par diapédèse.

La granulation ne conserve pas indéfiniment cette structure parce qu'un certain nombre de modifications se produisent à son pourtour et dans son intérieur. Le vaisseau altéré n'est plus perméable et la nutrition des tissus est seulement assurée par les vaisseaux de nouvelle formation du voisinage qui subissent à leur tour la dégénération tuberculeuse. Au follicule primitif s'en ajoutent un grand nombre d'autres qui constituent alors un nodule tuberculeux dont la grosseur peut atteindre les dimensions d'un pois ou d'une noisette. En même temps les parties constituantes subissent la nécrobiose, la transformation caséuse ou nécrose de coagulation de WEIGERT, on a ainsi le tubercule congloméré formé par la réunion d'un grand nombre de follicules élémentaires. Il a la consistance et la couleur du mastic de vitrier, se délaye mal dans l'eau; la coupe, quel qu'en soit le sens, donne toujours des figures identiques, composées de cercles juxtaposés, au centre desquels sont des cellules géantes plus ou moins conservées.

Cet aspect se voit nettement dans les tissus simples comme le périoste et dans les tubercules circonscrits primitifs. Les choses sont moins faciles à interpréter dans les tissus plus complexes, les glandes, le testicule, le poumon, par exemple, et, d'autre part, il existe une forme infiltrée du tubercule qui était déjà connue de LAËNNEC. Soit que le terrain offre des conditions plus favorables au développement des germes, soit que le germe ait acquis une puissance de diffusion plus grande, le processus tuberculeux marche beaucoup plus rapidement et il est moins aisé de suivre les diverses transformations des follicules; en outre, la réaction inflammatoire plus vive aboutit promptement à la suppuration. On retrouve encore les follicules, mais le tubercule se diffuse facilement en dehors des vaisseaux, transforme, vitrifie les leucocytes et tous les éléments du tissu ambiant; il aboutit en un mot à l'infiltration caséuse et à la suppuration partielle des tissus qui ont été envahis. Il semble que d'autres agents infectieux se soient joints au bacille tuberculeux pour activer la marche du processus destructeur.

Nous ne suivons pas l'évolution du tubercule dans les différents tissus et nous nous bornerons à dire que les foyers tuberculeux peuvent être uniques ou multiples; tous les tissus vasculaires sont susceptibles d'être affectés et parmi ceux qui intéressent plus spécialement le chirurgien, nous citerons le tissu cellulaire (abcès froids), les ganglions lymphatiques (adénite scrofuleuse), les os (carie), les articulations (tumeurs blanches), les glandes (testicule, mamelle, prostate), l'œil, l'oreille, etc. Parfois la tuberculose se localise dans un système anatomique; ainsi il n'est pas rare de rencontrer plusieurs foyers tuberculeux dans divers points du squelette. Mais quel que soit son siège, la tuberculose a toujours une marche identique. L'affection n'évolue pas autrement dans l'os que dans le tissu cellulaire et les seules modifications tien-

nent à la structure différente du tissu où se développe le foyer parasitaire. La destruction est un phénomène constant.

Symptomatologie. — CH. NÉLATON admet deux formes cliniques, l'une aiguë, l'autre plus fréquente, chronique d'emblée.

1^{re} Forme aiguë. On ne la rencontre que dans les tissus doués d'une grande susceptibilité et qui réagissent vivement par le fait de l'irritation parasitaire. Rare dans les os, le tissu cellulaire, cette forme est plus commune au testicule, dans les articulations et même les ganglions. La maladie affecte alors les allures d'un processus franchement inflammatoire, et aucun caractère spécifique ne permet de la reconnaître. Au bout de quelques jours l'affection présente une marche un peu insolite; la lésion locale n'arrive pas à la période nettement résolutive de l'inflammation ordinaire; après l'élimination des produits le foyer ne se guérit pas franchement, l'abcès devient fistuleux.

2^e Forme chronique. — Cette seconde forme a un début beaucoup plus insidieux et, à de rares exceptions près, on peut dire que la première période est méconnue du chirurgien et du malade lui-même. En dehors d'une douleur qui fait assez souvent défaut, le parasite ne manifeste sa présence par aucun signe appréciable. Plus tard le tubercule amène du gonflement; il forme une tumeur de caractères variables, indolente, essentiellement froide, susceptible de provoquer une gêne fonctionnelle notable. Les foyers tuberculeux, après être restés pendant un certain temps stationnaires, se ramollissent à leur centre, tandis qu'ils envahissent insensiblement les parties ambiantes. Quels que soient leur siège et leur origine, ils ont une tendance manifeste à se porter vers l'extérieur, et cela de la manière suivante. Le parasite s'avance insensiblement dans la direction la plus propre à son développement en détruisant par caséification tous les tissus qu'il rencontre. Il respecte généralement les aponévroses, au moins pendant un certain temps et arrive à la peau après avoir envahi le tissu cellulaire. La barrière que la peau oppose au processus tuberculeux dure assez longtemps; puis peu à peu elle s'acumine, s'amincit, devient bleuâtre, luisante et se rompt. Le pus caséux, grumeleux, caractéristique, se fait jour au dehors par cette voie. Habituellement la cavité ainsi constituée se transforme en un trajet fistuleux fongueux, tapissé de bourgeons mollasses, saignants: à la suppuration du début succède un suintement séreux, persistant, l'affection passe à la période fistuleuse, de beaucoup la plus longue; ces collections présentent accidentellement un très grand volume, de même que certaines fistules mesurent 10, 15, 20, 30 centimètres et plus, comme dans le cas d'abcès ossifluents. Les fistules sont habituellement multiples; leur orifice présente une aréole bleuâtre, violacée, entourée d'une zone rose. Cet aspect caractéristique se retrouve dans toutes les suppurations tuberculeuses, et il est dû à l'envahissement insensible de la peau par les follicules tuberculeux.

Marche. Terminaisons. Complications. — Les tuberculoses chirurgicales ont une marche lente; parfois on constate des poussées successives accompagnées de symptômes inflammatoires. Ce phénomène s'observe en particulier, pour l'adénite tuberculeuse, qui envahit tour à tour les divers ganglions d'une région.

A toutes les périodes, la manifestation tuberculeuse peut guérir spontanément.

ment. Il n'est plus douteux aujourd'hui que certains tubercules primitifs s'arrêtent dans leur évolution, s'enkystent, deviennent fibreux ou crétaçés; il semblerait que le parasite perd ses propriétés destructives. La guérison spontanée sans élimination des produits est plus rare, bien qu'elle ait été constatée, et l'on a vu des arthrites, des adénites tuberculeuses se terminer par résolution. On ne rencontre habituellement cette marche favorable que chez les sujets vigoureux, soustraits au milieu infectant ou convenablement traités.

La guérison survient encore après l'élimination des produits et c'est une circonstance avantageuse. Les abcès froids guérissent ordinairement, surtout si un traitement approprié modifie la poche. Abandonnés à eux-mêmes, les trajets fistuleux perdent quelquefois leurs caractères fongueux; les granulations tuberculeuses rares ne se sèment plus dans la paroi et on a ainsi une guérison définitive. Évidemment la présence d'un séquestre dans un os tuberculeux contrarie beaucoup ce processus réparateur.

La terminaison par fistule est la plus commune, et il semble que la lésion qui entretient les trajets reste à l'état stationnaire. Pendant des mois, des années on voit persister des fistules d'origine osseuse, ganglionnaire, testiculaire, etc. Souvent les tissus s'indurent au pourtour de ces cloaques; de nouvelles sinuosités se forment çà et là dans différents sens et déversent leurs produits par les fistules.

Nous avons dit que les malades atteints de tuberculose locale pouvaient guérir à toutes les périodes; cependant telle n'est pas la terminaison habituelle lorsque la maladie, abandonnée à elle-même, siège dans un organe important ou difficilement accessible; une tuberculose vertébrale ne saurait être comparée à cet égard avec un ganglion tuberculeux cervical. La mort est fréquemment le résultat des tuberculoses chirurgicales locales, et celle-ci se produit alors de diverses manières.

a. Après être restée pendant assez longtemps locale, l'affection se généralise; des colonies secondaires émanées de la manifestation primitive, véhiculées par le sang veineux viennent former de nouveaux foyers dans les poumons, le foie, les reins ou d'autres parties du corps (*auto-inoculation par formation de foyers secondaires*). Sous l'influence de ces tumeurs multiples, qui gênent notablement l'hématose et les grandes fonctions, l'état général s'altère; le sujet, jusque-là assez robuste, s'émacie; la fièvre apparaît; la diarrhée, les sueurs profuses achèvent de miner les tuberculeux et la mort arrive par une consommation lente comme dans la phtisie pulmonaire.

b. Lorsque la tuberculose a envahi un organe profondément situé, un os, une articulation, l'affection a une durée extrêmement longue, et la guérison est quelquefois matériellement impossible (séquestres invaginés). Après un séjour de plusieurs années dans les hôpitaux, les malades succombent accidentellement par le fait de la septicémie aiguë ou chronique, de la phlébite, etc. Souvent l'autopsie ne révèle d'autre lésion qu'une stéatose du foie, une dégénération amyloïde des principaux viscères.

c. Il nous reste à parler d'une terminaison assez commune des tuberculoses localisées: la granulie ou infection générale du sang par le germe tuberculeux, (*auto-inoculation par infection générale*) (VERNEUIL). Sans qu'on puisse exac-

tement dire de quelle façon se produit cette infection, il n'en est pas moins certain que l'organisme tout entier est imprégné par le poison tuberculeux; on rencontre la granulation miliaire avec ses caractères ordinaires dans la plupart des viscères, des séreuses, dans la moelle des os, etc. L'état de nos connaissances sur la tuberculose ne nous permet pas de comprendre pourquoi cette infection se produit incidemment, alors que les germes existent depuis assez longtemps en un ou plusieurs points de l'économie: il semblerait que le bacille tuberculeux affecte dans l'organisme deux états différents; dans le premier il n'est point susceptible de se multiplier et se borne à produire des foyers isolés; dans le second il se multiplie dans le sang qu'il altère; cette infection toujours fatale s'accompagne d'une fièvre intense.

Traitement. — *Indications.* — Sans insister sur le traitement prophylactique, du ressort de l'hygiène, nous passerons en revue les principales indications à remplir en présence d'une tuberculose locale, externe, accessible.

Nous avons vu qu'un foyer tuberculeux abandonné à lui-même peut guérir spontanément par les seuls efforts de la nature. Le tubercule s'enkyste, devient indifférent, ou bien les produits caséux sont éliminés et l'affection locale guérit définitivement. Avec CH. NÉLATON nous admettons également: « 1° Que la guérison obtenue par les seuls efforts de la nature est purement locale; qu'en tous cas la cause originelle du mal persiste et pourra tôt ou tard s'accuser par des poussées nouvelles. 2° Que la coïncidence d'une tuberculose pulmonaire avec une lésion tuberculeuse externe ne met pas obstacle à la cure de cette dernière. » L'accord cesse quand il s'agit de pénétrer un peu plus avant dans le problème, et nous ne saurions accepter les propositions suivantes de CH. NÉLATON. « Le chirurgien, comme la nature, atteindra sans peine la guérison de la lésion externe, mais ne saurait supprimer par son intervention le *vice constitutionnel* qui a engendré le mal. » Aujourd'hui notre manière de concevoir la tuberculose est absolument différente et le vice constitutionnel n'existe pas. Il y a un parasite qui n'infecte pas primitivement le sang, mais forme des colonies uniques ou multiples. Ces foyers primitifs n'intéressent que partiellement l'économie; en les supprimant: 1° on abrège la durée de la guérison naturelle, en admettant qu'elle se fera: 2° on fait disparaître un danger permanent d'infection; 3° dans le cas où il existe d'autres manifestations localisées de la tuberculose et même de la phtisie pulmonaire, il y a tout avantage à supprimer un foyer qui contribue à épuiser le malade. Les résultats fournis par cette méthode sont d'ailleurs satisfaisants.

Ces préliminaires posés, on conçoit que nous ne saurions admettre avec CH. NÉLATON que le traitement médical doit tenir la première place. Voilà des siècles qu'on y a recours, et l'on sait avec quel insuccès; il ne faut pas arguer de ce qu'une hygiène convenable, les bains de mer, un régime fortifiant améliorent l'état général pour borner là l'action du chirurgien. Ce traitement n'a d'efficacité qu'autant qu'il s'agit d'un organisme débilité, et les statistiques mortuaires montrent assez les ravages que fait la tuberculose pour que l'on soit autorisé à chercher mieux. Le traitement médical guérit uniquement les affections superficielles ou bien localisées, d'ordinaire seules susceptibles