même de la tumeur, elles se dissimulent et mettent le chirurgien, qui n'a pas procédé méthodiquement, en danger d'hémorrhagie ou même d'introduction d'air dans les veines.

Au cours de l'opération on sera exposé à faire une section du sterno-mastoïdien quand, malgré la position donnée à la tête pour le mettre en état de relâchement, il s'oppose à l'exérèse de la tumeur ou quand il lui adhère fortement.

Les ganglions beaucoup moins nombreux des régions sous-maxillaires ou sus-hyoïdiennes forment rarement des masses volumineuses comme à la région carotidienne. Leur ablation sera relativement facile; il faut s'appliquer à dissimuler l'incision sous le rebord de la mâchoire et on y arrive généralement bien.

L'ablation des ganglions parotidiens expose aux dangers si connus des dissections dans cette région. Sans parler de la carotide encore profonde, signalons le nerf facial et le canal de Sténon, dont la section est très regrettable; avec un peu d'habileté on arrivera à les éviter.

L'hémostase doit être parfaite avant de refermer la plaie.

Si l'on a un doute sur son asepsie ou sur la nature des tissus, on peut faire un lavage au sublimé ou même au chlorure de zinc avec les restrictions que nous faisions tout à l'heure.

Nous avons vu Kœnig, alors que nous suivions son service à Göttingen, faire à la surface de la plaie des frottages à l'iodoforme pour détruire les derniers vestiges tuberculeux.

Quelques chirurgiens ont conseillé, bien à tort, de ne jamais tenter de réunion après l'ablation des adénopathies tuberculeuses, sous le prétexte que la suppuration entraînerait ce qui pouvait rester de tissu tuberculeux oublié.

Cette conduite n'est justifiable que dans les opérations très incomplètes dans lesquelles le chirurgien a laissé au fond de la plaie des parties de ganglions tuberculeux ou surtout des coques ganglionnaires suppurées.

Mais dans l'ablation des adénopathies isolables, dans l'ablation même des masses ganglionnaires menées à bonne fin on doit avoir une réunion *per primam*. Tout au plus doit-on laisser à la partie la plus déclive de l'incision un petit drain ou mieux quelques crins de Florence qui seront une soupape de sûreté en cas de suppuration ou d'écoulement séro-sanguin.

Ces opérations sur les ganglions doivent être conduites avec la plus grande asepsie, car il faut éviter à toute force la suppuration et la fièvre qui en résulte. La fièvre constitue dans ce cas un véritable danger de généralisation. L'opération, même incomplète mais faite aseptiquement, sera tout profit pour l'opéré qu'elle aura débarrassé d'une partie du foyer d'infection sans avoir aggravé les lésions qui restent. L'infection mixte des ganglions laissés forcément en place les conduirait à la suppuration, et la situation loin d'être améliorée en serait aggravée. La bénignité des suites immédiates de ces opérations constatée par tous les modernes n'est due qu'aux conditions nouvelles créées par l'asepsie.

La nature du pansement variera suivant les habi-

tudes de chacun. Pour notre compte, nous préférons une compresse stérilisée à l'étuve ou même bouillie au salol ou à l'iodoforme dont la stérilisation nous a toujours paru suspecte. Une couche épaisse de coton hydrophile et une bande de tarlatane compléteront l'appareil. Il est excellent, surtout chez les enfants qui n'ont pas la raison de conserver l'immobilité voulue en bonne position, de fixer la tête par tel moyen de contention qu'on jugera le plus convenable.

On obtiendra la plupart du temps une cicatrice linéaire peu visible et facile à dissimuler, mais nous avons vu plusieurs fois la cicatrice devenir chéloïdienne. Cet accident n'est point particulier, bien entendu, à l'incision chirurgicale, il est exceptionnel dans ce cas, commun au contraire dans la guérison spontanée d'une fistule ganglionnaire.

La compression, quand elle est possible, guérit bien cette difformité de la cicatrice. Dans les régions où l'absence de plan dur sous-jacent la rend impraticable, la scarification suivant la méthode de Vidal devrait être essayée. Elle serait faite avec un instrument spécial à pointe triangulaire et se composerait de hachures parallèles d'abord, obliques ensuite, espacées d'un millimètre à la première séance, plus rapprochées aux séances suivantes. La région sera ensuite recouverte d'une emplâtre de Vigo.

Les injections de cocaïne pourront être employées pour l'anesthésie. Mais l'éther ou le chlorure d'éthyle qui durcissent la peau et ne permettent pas de bien distinguer les parties saines des parties malades devront être rejetés (Brocq).

Nous nous sommes très bien trouvé de l'ignipuncture au thermo-cautère avec une pointe très fine.

Les cicatrices gaufrées, irrégulières, pigmentées qui succèdent à la guérison spontanée ou au curettage de l'adénopathie suppurée sont tellement désagréables que le chirurgien sera parfois obligé de les régulariser ou de les enlever par une incision elliptique suivie d'une réunion très exacte, sans drainage, faite avec des aiguilles et des crins de Florence très fins.

Nous avons pratiqué une dizaine de fois ces opérations avec les meilleurs résultats esthétiques; Calot (de Berck) s'en félicite également (*Revue de chirurgie*).

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES SUPPURÉES PRÉVERTÉBRALES

Leur ouverture s'impose aussitôt que la fluctuation y est reconnue.

L'incision sera faite au moyen d'un long bistouri enchemisé jusqu'auprès de la pointe, le plus près possible de la ligne médiane, l'index conduira le bistouri jusque sur la saillie fluctuante; l'incision doit être d'au moins un centimètre pour permettre un écoulement facile du pus. Il faut éviter d'après Kœnig la position couchée au moment de l'incision, parce qu'elle favorise l'écoulement du pus et du sang dans la trachée; il conseille plutôt la position de Rose, consistant à placer le malade la tête pendante. Dans ces conditions il est impossible que le pus s'écoule dans le larynx, s'il y avait des doutes sur la présence du pus, on pourrait faire précéder l'incision d'une ponction exploratrice avec exploration.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DE L'AISSELLE

Les adénopathies tuberculeuses axillaires ne sont pas toujours, mais sont assez souvent le résultat de la tuberculose pulmonaire ; elles ne sont que secondaires à une lésion viscérale. Nous reviendrons tout à l'heure sur l'intervention chirurgicale en général chez les tuberculeux, nous ne nous occupons en ce moment que des indications chirurgicales dans les tuberculoses de l'aisselle.

Posons d'abord en principe que l'ablation de masses ganglionnaires à l'aisselle est moins difficile et moins grave qu'à la région cervicale et que les suites en sont généralement très bénignes. On trouve assez facilement dans la littérature médicale des cas de mort après l'ablation de masses ganglionnaires cervicales, je n'en ai pas trouvé pour les adénopathies axillaires. M. Després signale une sorte d'éléphantiasis consécutive de la mamelle, provoquée par l'oblitération des vaisseaux lymphatiques de cette glande, mais la malade avait bien guéri; l'œdème du bras, les accidents locaux qui peuvent exister sont sans gravité.

On hésitera donc moins ici à se lancer dans une opération radicale. Avant de soumettre le malade à une intervention de cette nature, il faut, bien entendu, se rendre compte par l'auscultation de l'état pleuro-pulmonaire.

Si les lésions viscérales dominent la scène, si le malade est destiné à succomber rapidement de ce chef, on s'abstiendra ou on ne fera que le strict nécessaire : incision d'abcès, lavages aseptiques, pansements iodoformés, etc.

Quand les lésions pulmonaires sont peu avancées, l'ablation sera d'autant plus indiquée que les ganglions suppurent. Nous avons toujours vu les pneumo-phymiques améliorés par la suppression de leurs ganglions suppurés et la même remarque a été bien souvent faite. Les ganglions non suppurés pourront être traités par les injections d'éther iodoformé, mais il est vraiment plus rationnel et plus expéditif de les enlever.

Il y a cependant là toujours une question d'appréciation très difficile et qui sera tranchée d'une façon très variable par les uns et par les autres.

Manuel opératoire. — Les ganglions axillaires mobiles s'enlèvent vraiment avec une grande facilité; mais quand ils sont devenus caséeux, ils contractent avec les vaisseaux et notamment avec la veine axillaire des adhérences qui demandent certaines précautions.

L'incision doit être faite, sauf des cas spéciaux, un peu en arrière du rebord du grand pectoral et se prolonger jusqu'à la racine du bras.

C'est ici, ou jamais, le cas de se rappeler qu'une grande incision ne saurait jamais nuire; on aura ensuite quelques points de plus de suture à faire, mais on aura évité bien des difficultés et bien des complications.

L'aponévrose est incisée et avant toute tentative d'extraction la dissection de la peau et de l'aponévrose doit conduire jusqu'à voir le bord du grand dorsal. C'est alors seulement qu'on doit chercher à

mobiliser le paquet ganglionnaire. Voici comment on doit procéder : une pince de Museux fixe la masse ganglionnaire, elle est confiée à un aide qui doit la porter tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, suivant que les doigts du chirurgien se portent en avant ou en arrière. Il est bon de commencer par en bas, cherchant à détacher les ganglions d'avec la paroi thoracique, reconnaissant au passage la thoracique longue qui se jette dans la veine axillaire et qui sera un point de repère précieux pour ménager cette dernière.

Au fur et à mesure qu'on approche de la profondeur, l'aide, qui tenait d'abord le bras dans l'extension, doit peu à peu l'abaisser en même temps qu'il le porte en avant pour relâcher le grand pectoral. Nous ne voyons aucun inconvénient, si cela devient nécessaire ou seulement utile, à sectionner le bord externe du grand et du petit pectoral.

Les doigts seuls doivent entrer en jeu, quand on arrive au fond de l'aisselle. Sitôt qu'une bride suspecte apparaît, elle est sectionnée entre deux ligatures, surtout en avant, car les vaisseaux rétractés dans leur gaine celluleuse saignent ensuite sous les pectoraux où il est très difficile de les atteindre, si on a négligé cette précaution.

La veine axillaire doit être respectée et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on aura recours à sa ligature entre deux catguts.

Enfin la tumeur ganglionnaire disséquée de toutes parts ne tient plus que par un pédicule qu'il est souvent plus expéditif de lier d'un gros fil résorbable, pour se mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

Le drain n'est mis que dans les circonstances spéciales que nous avons indiquées à propos des adénopathies cervicales.

L'immobilisation nécessaire est assurée en fixant le bras le long du thorax pendant quelques jours.

Cette position, pénible il est vrai pour le malade, assure beaucoup mieux la réunion de la peau avec les parties profondes.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DE L'AINE

Les adénopathies tuberculeuses de l'aine sont superficielles et, alors même qu'elles sont volumineuses, n'ont pas généralement de connexions intimes avec les deux gros vaisseaux sous-jacents. — Ces adhérences si elles existaient, s'attesteraient par l'immobilisation sur les parties profondes, l'œdème du membre ou l'affaiblissement des battements artériels fémoraux ; on serait en garde par ces signes et on s'attendrait à des difficultés qui n'existent pas ordinairement.

Les auteurs sont d'accord pour considérer les adénopathies de l'aine comme d'ablation facile et comme excellents les résultats de cette intervention.

Thierry donne dans son livre une longue série de ces adénopathies tuberculeuses de l'aine recueillies à l'hôpital du Midi. — Il s'agit de ganglions dont la nature a été prouvée histologiquement et par inoculation. Dans ce cas, il est vrai, la tuberculose paraissait associée à des accidents de syphilis ou de blennorrhagie ; mais toutes les interventions (grattage, extirpation avec ou sans résection de la peau), ont été remarquablement bénignes.

On aura rarement occasion de pratiquer l'ablation des gangliophymies de l'aine, car il est rare que leur volume devienne considérable ; mais il n'y aurait donc pas à hésiter à le faire, surtout si la masse ganglionnaire vient à suppurer.

Manuel opératoire. — L'incision cutanée sera verticale ou parallèle à l'arcade de Fallope suivant le siège du ganglion et le grand axe de la tumeur. — La tumeur sera décollée périphériquement avant d'arriver à la région profonde qui sera libérée la dernière avec de grandes précautions pour ne pas déchirer la gaine des vaisseaux ou même rompre la veine fémorale.

Kirmisson[1] dans un mémoire spécial a donné d'excellentes règles à suivre pour les cas où les tumeurs solides de l'aine adhèrent aux vaisseaux. — Ces règles s'appliquent plutôt aux tumeurs malignes dont l'ablation est beaucoup plus pressante et qui contractent plus vite des adhésions profondes.

Si l'on devait, à propos d'adénopathies tuberculeuses de l'aine, être amené à la ligature des vaisseaux, mieux vaudrait s'abstenir, attendre le traitement général prolongé ou recourir aux injections modificatrices.

ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES PELVIENNES

Terrier a publié à la Société de chirurgie, en 1889, une observation d'adénites pelviennes tuberculeuses suppurées, situées en arrière et à gauche du rectum, chez une jeune femme de 21 ans. Les symptômes étaient ceux d'une salpyngite et c'est avec ce diagnostic que fut faite la laparotomie ; la lame péritonéale postérieure fut incisée et la tumeur ganglionnaire put être extraite. A la fin de l'énucléation une poche purulente creva entre les doigts ; cet accident nécessita un drainage. Malgré cela et malgré une petite fistule stercorale consécutive, la malade guérit parfaitement. Cette observation est intéressante parce qu'elle montre bien toutes les difficultés diagnostiques de ces adénopathies iliaques. Elle montre également la possibilité d'une intervention dans le cas où elle s'imposerait.

1. *Revue de chirurgie*, 1886.

Dans la même séance Lucas-Championnière cite un cas analogue où il pensa à la salpyngite et que la laparotomie révéla une masse ganglionnaire. L'ablation ne fut pas faite à cause des désordres qu'il aurait fallu produire ; les adhérences furent seulement détruites. Malgré cette opération incomplète, les résultats furent excellents et la tumeur disparut peu à peu.

Dans un autre cas, Lucas-Championnière a pu décoller le péritoine et enlever par fragments un ganglion iliaque.

Pozzi dans un cas semblable d'hypertrophie des ganglions pelviens simulant une inflammation des annexes est allé à leur recherche par une incision analogue à celle de l'iliaque externe en décollant le péritoine, opération qu'il a appelée laparotomie sous-péritonéale.

On n'aura point généralement occasion d'intervenir de *parti pris* dans ces adénopathies iliaques suppurées ; la suppuration dont elles sont atteintes se fera jour spontanément soit au-dessus, soit au-dessous de l'arcade de Fallope, sans l'intervention du chirurgien ou par une simple incision évacuatrice suivie de lavages. Très souvent l'origine vraie de cet abcès froid

sera méconnue et on croira avoir eu affaire à un abcès osseux.

Les autres adénopathies tuberculeuses : *poplitées*, *épitrochléennes*, etc., ne prêtent à aucune considération particulière au point de vue du traitement.

Avant de clore ce chapitre de l'intervention active du chirurgien nous devons nous poser un certain nombre de questions qui sont du plus grand intérêt.

1° *Quelles sont les suites immédiates et éloignées de ces interventions ?*

Nous venons de voir que d'une façon générale, les suites immédiates sont bonnes et la guérison opératoire est la règle. Les résultats se rapprochent d'une façon sensible de ceux que donne l'ablation des tumeurs bénignes, kystes, lipomes. Ce n'est que dans les cas de masses adhérentes, très volumineuses où mieux aurait valu s'abstenir, qu'il est survenu des accidents. Nous avons, quant à nous, tant à Pen-Bron qu'ailleurs, pratiqué 85 opérations sur les ganglions sans accidents et sans morts. Les résultats éloignés qu'il serait si important de connaître sont très difficiles à préciser parce que la plupart du temps on ne revoit plus les malades. Il est positif qu'on assiste très souvent à des récidives mais ces récidives sont fréquentes surtout quand le traitement général n'intervient pas comme modificateur de l'état général ; dans notre pensée l'intervention chirurgicale n'est point le facteur le plus important de la guérison radicale; cette dernière ne sera obtenue qu'en sortant absolument le malade des conditions de vie où il a

succombé à l'envahissement tuberculeux. Opérer un enfant et le laisser en proie à sa misère physiologique préalable est une œuvre irraisonnée, presque absurde. L'opération aide l'économie à se relever et vient puissamment à son secours, détruisant en quelques minutes des foyers bacillaires qu'elle aurait mis bien longtemps à neutraliser, mais l'opération ne fait rien de plus. La manifestation dite locale que vous avez enlevée plus ou moins complètement n'est point isolée, il existe ailleurs et peut-être tout près, d'autres foyers ignorés qui se révéleront à un moment donné si le malade n'est pas en état de continuelle résistance.

Il y a donc des récidives et bien souvent on est obligé d'opérer plusieurs fois le même malade, mais il y a aussi des guérisons définitives bien constatées durant depuis 10, 15, 20 ans; il n'y a pas de médecin qui n'en connaisse plusieurs cas.

D'après Thierry le traitement par les injections iodoformées, beaucoup moins brillant au début que l'opération, retrouverait dans les suites éloignées une supériorité évidente.

Il n'y a là qu'un trompe-l'œil; les malades que l'on a traités par les injections iodoformées avaient-ils bien des manifestations ganglionnaires aussi graves, aussi pressantes? Cela n'est pas probable et j'estime que pour porter un jugement il faudrait faire intervenir un autre élément; la plupart du temps, si le chirurgien a proposé une intervention sanglante et si la famille l'a acceptée, c'est qu'on avait affaire à des adénopathies plus sérieuses, plus menaçantes ou plus anciennes.

Peut-on espérer, en enlevant les adénopathies tuberculeuses, préserver le reste de l'organisme?

L'opinion générale des chirurgiens est aujourd'hui bien différente de celle qu'exprimait Bazin[1] en 1861 :

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 des bubons exubérants. — En est-il de même quand le chirurgien attaque des 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 tibio-tarsienne, le mal se reproduit dans celle du genou.

Théoriquement, Bazin a raison et la tuberculose paraît, d'après des expériences récentes, se disséminer dans tout l'organisme avec une grande rapidité. Jeannel[2] a fait sur des lapins une suite d'expériences qu'il a communiquées au Congrès de la tuberculose et dont il tire des conclusions qui ne se justifient pas cliniquement.

1 Bazin, *Leçons sur la scrofule.*
2. *Congrès de la tuberculose*, 1889.

Si je ne me trompe, dit-il, la plupart des chirurgiens considéraient la tuberculose comme une maladie qui, d'abord locale, c'est-à-dire cantonnée dans un organe, finissait par se généraliser, c'est-à-dire par envahir l'organisme entier.

On en concluait qu'une action thérapeutique et chirurgicale suffisamment précoce, c'est-à-dire entreprise avant toute généralisation et suffisamment étendue, c'est-à-dire supprimant la totalité des lésions tuberculeuses de l'organe ou la totalité de l'organe tuberculeux, devait être de nature à guérir la tuberculose. Et pour expliquer les échecs, c'est-à-dire les généralisations, après les opérations les plus larges et les mieux conduites, on invoquait soit une tuberculose locale d'autres organes antérieure à l'inoculation, soit une auto-inoculation au cours de l'acte opératoire. On partait en un mot de ce principe que les localisations organiques de la tuberculose précédaient la généralisation.

Or, *autant qu'il est permis de conclure de la tuberculose du lapin à la tuberculose de l'homme*, il n'existe en réalité, en fait de tuberculose locale, que la lésion développée au point d'inoculation; mais au bout d'un temps très court, peu d'heures ou peu de jours après l'inoculation, et bien avant le moment où se développe la tuberculose viscérale, l'infection générale est accomplie puisque le sang est virulent... C'est-à-dire que la suppression chirurgicale d'une de ces localisations ne saurait avoir pour conséquence la guérison de la maladie.

Répétant les mêmes expériences sur des cobayes, Arloing[1] arrive à une conclusion identique. — Tous les cobayes dont il a enlevé les ganglions, infectés tout d'abord après l'inoculation, sont morts néanmoins de tuberculose et il conclut :

L'extirpation des ganglions sur l'homme ne sera donc jamais qu'un moyen palliatif. Nous n'apprenons rien aux

1. *Congrès de la tuberculose*, 1889.

chirurgiens, puisque quelques-uns d'entre eux, et des plus éminents, ont même ajouté que ce moyen était un palliatif dangereux.

Remarquons tout d'abord que les chirurgiens qui rejettent l'opération ne sont que le très petit nombre; tout le monde au contraire l'accepte et l'a vue suivie de guérison définitive.

Les cas ne se comptent plus qui affirment la guérison possible et radicale des écrouelles tuberculeuses malgré la généralisation des bacilles dans le sang de toute l'économie, guérisons spontanées ou guérisons chirurgicalement acquises.

Le sang est peut-être virulent chez l'homme comme chez les lapins dès les premières heures qui suivent l'injection bacillaire; mais contre cette virulence du sang, contre cette généralisation bacillaire, la nature paraît avoir des moyens encore mal connus qui restent insuffisants, quand il s'agit de se débarrasser de foyers où pullulent et se multiplient les bacilles, au milieu de tissus dont la vitalité est affaiblie par leur présence même.

En enlevant des adénopathies tuberculeuses « on ne guérit pas la scrofule », on ne détruit même pas tous les bacilles qui ont déjà envahi l'économie; mais c'est déjà beaucoup faire que de supprimer les foyers où s'élabore le bacille. Les ganglions ne sont pas que des organes d'arrêt, ils sont aussi des milieux de culture. Comme organes d'arrêt, ils sont peut-être insuffisants, mais comme milieux de culture ils constituent pour l'économie un danger permanent.

Tcherning[1] (de Copenhague) a rapporté une observation assez intéressante à plusieurs points de vue. Une jeune servante bien portante, et qui jusque-là n'avait pas offert le moindre signe de tuberculose, se coupe avec le crachoir qui servait à son maître, tuberculeux avéré. Elle contracte une tuberculose au doigt et consécutivement les ganglions du coude et de l'aisselle se prennent. On enlève le doigt et les ganglions. A l'examen bactériologique on y constate la présence des bacilles. La jeune malade guérit et, depuis de longues années, se porte bien.

En laissant en place ces ganglions tuberculeux, n'auraient-ils pas fini par infecter toute l'économie?

Il est bien prouvé d'ailleurs que chez certains individus résistants le bacille peut rester cantonné pendant des mois et même des années dans un ou plusieurs ganglions.

Ces mêmes ganglions, qu'on aurait pu enlever facilement, peuvent, sous des influences que nous avons dû étudier, produire une généralisation.

L'indication est encore bien plus pressante quand, loin de rester indolente et du même volume, l'adénopathie contamine de proche en proche les ganglions voisins, quand surtout se mettant à suppurer elle altère la santé générale et devient une menace imminente de généralisation.

A la question posée en tête de ce chapitre nous pouvons donc répondre :

1° Cliniquement, dans beaucoup de cas, l'ablation précoce et radicale de ganglions tuberculeux peut préserver le reste de l'organisme.

1. Hospitals Tidend. Copenhague, 1884.

2° Dans les cas mêmes où le reste de l'organisme serait déjà infecté lors de l'ablation il le met dans de meilleures conditions de résistance en le débarrassant d'un foyer qui renouvelle incessamment l'infection.

Faut-il opérer les adénopathies alors qu'il existe des lésions viscérales, pulmonaires par exemple, ou d'autres tuberculoses locales?

M. Verneuil a signalé à la Société de chirurgie, en 1883, de nombreux cas où l'intervention sur une tuberculose locale a amené des poussées formidables du côté des lésions pulmonaires préexistantes; mais on a certainement exagéré sa pensée en lui faisant dire qu'il proscrivait nettement les interventions chirurgicales chez les tuberculeux viscéraux. Charles Nélaton dans sa thèse d'agrégation nous semble exprimer plus justement sa manière de voir :

Lorsqu'on pratique une opération chez un phtisique, on saura qu'outre les complications auxquelles est exposé un opéré, quel qu'il soit, le phtisique a en outre à redouter tout particulièrement une complication spéciale, la généralisation dont l'éventualité ne doit pas plus nous lier les mains que la possibilité d'un érysipèle ou de l'infection purulente ne doit nous empêcher d'intervenir chez d'autres sujets.

Les opérations de tuberculoses locales avec la méthode antiseptique ne sont pas plus dangereuses pour les phtisiques que sur les autres malades.

Ce qui a pu faire croire à cette gravité exceptionnelle, c'était qu'avant l'antisepsie méticuleuse les opérations étaient suivies de fièvre, de suppurations

prolongées; nécessitaient un séjour prolongé au lit, etc. C'étaient les suites aujourd'hui disparues de l'opération, et non l'opération elle-même, qui aggravaient la situation.

La vérité pour nous est que dans la majorité des cas la suppression d'une adénite suppurée sera suivie d'une amélioration dans l'état pulmonaire et dans l'état général, au même titre qu'un phtisique bénéficie de la suppression des fistules à l'anus.

Nous nous associons complètement aux idées que Daniel Mollière a produites au congrès de chirurgie de 1889 :

L'intervention chirurgicale chez les tuberculeux est toujours indiquée quand il n'y a pas de tuberculose aiguë; cette intervention chirurgicale n'est pas plus dangereuse chez les tuberculeux que chez les autres, mais elle doit être aussi radicale que possible.

Nous pourrions citer des faits analogues à ceux qui faisaient dire à ce regretté chirurgien, qui en avait une certaine expérience puisqu'il avait dépouillé 3 000 observations personnelles de tuberculose locale :

Après des grattages ou mieux des ablations aussi radicales que possible des ganglions caséeux, j'ai vu d'anciens opérés dont les lésions pulmonaires s'étaient amendées et dont les cicatrices étaient restées fermes, souples et indolentes. J'en ai vu, six et même huit ans après l'acte opératoire, bénéficiant encore du traitement chirurgical.

Il est évident qu'il ne saurait y avoir grand intérêt à opérer un pneumophymique caverneux, destiné à succomber rapidement du fait de sa tuberculose pulmonaire; mais à un phtisique, dont les lésions ne sont