

Bibliothèque numérique

medic @

**Bauchet, L.-J.. - Des tubercules au
point de vue chirurgical**

1857.

Paris : Imprimerie de L. Martinet

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1857x02x01](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1857x02x01)

90975

1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
(SECTION DE CHIRURGIE).

DES

TUBERCULES

AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

PAR

L.-J. BAUCHET,

Docteur en médecine, lauréat de l'Académie de médecine,
ancien interne lauréat des hôpitaux,
membre titulaire (ancien vice-président) de la Société anatomique,
membre de la Société de médecine du département de la Seine.



PARIS,

90.975

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,

RUE MIGNON, 2.

1857.

0 1 2 3 4 5 (cm)



Juges du concours.

PROFESSEURS DE LA FACULTÉ ET AGRÉGÉS.

MM. BÉRARD, président.

BÉGIN.

DENONVILLIERS.

P. DUBOIS.

N. GUENEAU DE MUSSY.

MICHEL LÉVY.

ROSTAN.

VELPEAU.

M. AMETTE, secrétaire.

Compétiteurs.

MM. BAUCHET.

MM. JAMAIN.

BÉRAUD.

LE GENDRE.

DUCHAUSSOY.

LEGOUEST.

FANO.

MOREL-LAVALLÉE.

FOUCHER.

OLLIER.

HOUEL.

TRÉLAT.

ACCOUCHEMENTS.

M. BLOT.

M. DESRIVIÈRES.

DES TUBERCULES

AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.



La première question qui se présente est celle-ci :

Qu'entend-on par *tubercules au point de vue chirurgical*? Existe-t-il un *criterium* à l'aide duquel on reconnaîtra les affections tuberculeuses, qui sont plus spécialement du ressort de la chirurgie?

Ce n'est ni la structure anatomique, ni la nature intime du tubercule lui-même, qui, dans l'état actuel de la science, nous fournit ce criterium; ce sont seulement ses conditions topographiques.

Si le tubercule se développe dans les organes et les cavités splanchniques, crânienne, thoracique, abdominale, il est purement *médical*.

S'il envahit les organes extérieurs seulement, et donne lieu à des manifestations qui soient du ressort de la chirurgie, c'est le *tubercule au point de vue chirurgical*.

Il n'y a pas entre ces deux variétés topographiques une ligne de démarcation nettement tracée; et si, dans certaines circonstances, le tubercule est et demeure rangé dans le cadre de la médecine; si, d'autres fois, il suit son évolution dans les organes extérieurs, sans déterminer de désordres vers les cavités splanchniques, il arrive aussi quelquefois que les *tubercules médicaux*

donnent lieu à des accidents pour lesquels le chirurgien est appelé à intervenir (ainsi dans les cas de cavernes pulmonaires produisant des collections purulentes sous-cutanées, etc.); que les *tubercules chirurgicaux* réclament surtout un traitement purement médical, et éventuellement l'action du chirurgien (certaines ganglites tuberculeuses, etc.).

Sous un autre point de vue, la tuberculisation intérieure, *médicale*, doit encore nous préoccuper. Elle retentit souvent sur les affections chirurgicales et en modifie la marche et les symptômes; celles-ci, à leur tour, peuvent exercer une influence fâcheuse sur le développement des tubercules pulmonaires et leur évolution.

Le sujet que j'ai à traiter est donc un des plus importants, des plus compliqués, et certainement un des plus difficiles de la chirurgie. A chaque instant, en présence de telle ou telle affection, le chirurgien doit remonter à la cause de la lésion qu'il est appelé à combattre; et, parmi ces causes générales, la *diathèse tuberculeuse* joue un des rôles les plus considérables. On peut dire que ce sujet tient à la fois à la médecine et à la chirurgie; c'est une de ces grandes questions générales dans lesquelles ces deux sœurs dans l'art de guérir viennent se donner la main et se prêter un mutuel appui.

On a beaucoup écrit sur les tubercules, surtout en médecine; en chirurgie, on ne les a pas étudiés encore à un point de vue général, aussi ai-je trouvé peu de documents dans les ouvrages de pathologie externe. Je me suis adressé aux livres, aux mémoires de médecine, et j'ai parcouru presque tout ce qui a été écrit sur la tuberculisation. Mais c'est surtout avec mes impressions et mes souvenirs cliniques que j'ai dû faire mon travail. J'en ai trouvé les principaux matériaux dans mes notes recueillies aux leçons de nos maîtres: aux cliniques de M. Velpeau, à la Charité; de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis; de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, et de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin.

Je n'ai pas la prétention d'avoir tout dit sur ce sujet, et si quelqu'un vient compléter mes recherches, réparer des oublis que j'aurais pu faire, je serai le premier à applaudir à ses travaux.

J'ai d'abord étudié, à un point de vue général, le tubercule *chirurgical*, dans ses rapports avec la diathèse tuberculeuse, dans ses manifestations, dans son diagnostic et son traitement.

J'ai suivi ensuite le tubercule dans les organes extérieurs où on l'observe et où il peut réclamer l'intervention du chirurgien.

J'ai terminé ce travail par l'étude de l'influence des maladies chirurgicales sur la tuberculisation pulmonaire, et réciproquement de la phthisie sur les affections chirurgicales; enfin, dans un dernier chapitre, j'ai traité des indications et des contre-indications qui en résultent pour la pratique des opérations.

Mon travail doit donc se composer de trois parties qui se lient et s'enchainent les unes aux autres.

1^{re} PARTIE. — Considérations générales sur les tubercules au point de vue chirurgical.

2^e PARTIE. — Tubercules dans les parties accessibles à nos moyens chirurgicaux.

Chapitre I^{er}. Tubercules dans les os.
 — *II.* — dans le testicule.
 — *III.* — dans les ganglions.
 — *IV.* — dans la mamelle.
 — *V.* — dans divers organes et dans diverses régions.

3^e PARTIE. — Influence des affections chirurgicales sur la tuberculisation intérieure, et réciproquement.

Chapitre I^{er}. Influence des affections chirurgicales sur le développement et la marche des tubercules pulmonaires.

Chapitre II. Influence de la phthisie pulmonaire sur le développement et la marche des affections chirurgicales.

Chapitre III. Indications et contre-indications, tirées de cette étude, pour la pratique des opérations.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES TUBERCULES
AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

Il y a longtemps que les chirurgiens se sont demandé si les tubercules existent et se développent dans les organes extérieurs, et si les différences que l'on observe dans la marche de ces différents affections dépendent uniquement du milieu au sein duquel ils se développent, ou si elles sont dues à d'autres causes.

Cette question que M. Velpeau a posée dans sa thèse en 1823, pour le concours d'agrégation, et reprise dans l'article du Dictionnaire en 20 volumes (Tubercules du testicule), n'a pas encore été résolue d'une manière satisfaisante et définitive.

Si l'on en appelle à la plupart des micrographes, ils nous apprennent que les éléments du tubercule sont les mêmes partout où il existe, dans le pommier, ou dans les organes extérieurs; que si on ne les trouve pas, c'est que l'on n'a pas su faire à du tubercule; qu'en un mot, il n'y a pas de production tuberculeuse sans ces éléments anatomiques.

Si l'on interroge la clinique, elle nous montre un certain nombre de lésions à marche particulière, marquées d'un cachet spécial, et sur lesquelles, au lit du malade, comme à l'examen de la pièce pathologique, on met l'épithète de tuberculeuses. A l'œil nu, la production morbide se présente avec des caractères bien tranchés; sa symptomatologie est aussi assez souvent nettement marquée, et donne lieu à des indications thérapeutiques spéciales. Ces lésions d'ailleurs restent tantôt à l'état de désordre purement local, et tantôt sont accompagnées d'autres mani-

PREMIÈRE PARTIE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES TUBERCULES AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

Il y a longtemps que les chirurgiens se sont demandé si le *tubercule médical* et le *tubercule chirurgical* constituaient un seul et même produit pathologique, et si les différences que l'on observe dans la marche de ces deux genres d'affections dépendaient uniquement du milieu au sein duquel il s'était déposé.

Cette question, que M. Velpeau a posée dans sa thèse en 1823, pour le concours d'agrégation, et reprise dans l'article du *Dictionnaire en 30 volumes* (Tubercules du testicule), n'a pas encore été résolue d'une manière satisfaisante et définitive.

Si l'on en appelle à la plupart des micrographes, ils nous apprennent que les éléments du tubercule sont les mêmes partout où il existe, dans le poumon, ou dans les organes extérieurs; que si on ne les trouve pas, c'est que l'on n'a pas affaire à du tubercule; qu'en un mot, il n'y a pas de production tuberculeuse sans ces éléments anatomiques.

Si l'on interroge la clinique, elle nous montre un certain nombre de lésions à marche particulière, marquées d'un cachet spécial, et sur lesquelles, au lit du malade, comme à l'examen de la pièce pathologique, on met l'épithète de tuberculeuses. A l'œil nu, la production morbide se présente avec des caractères bien tranchés; sa symptomatologie est aussi *assez souvent* nettement marquée, et donne lieu à des indications thérapeutiques spéciales. Ces lésions d'ailleurs restent tantôt à l'état de désordre purement local, et tantôt sont accompagnées d'autres mani-

festations caractéristiques du côté des organes splanchniques importants.

Le microscope, dans ces circonstances, nous montre ici du vrai tubercule; là, d'autres éléments : du pus concret, des dépôts plastiques; ailleurs, des pelotons fibrineux, albumineux, etc.; il ne nous révèle même pas la présence du vrai tubercule dans tous les cas où la maladie s'étend à la plupart des organes intérieurs.

Mais pour le chirurgien, qu'il s'agisse de dépôt vraiment tuberculeux, ou de *pus concret*, les accidents sont les mêmes, et rentrent dans la description d'une maladie désignée différemment, suivant les auteurs qui se sont occupés de la question ou suivant les organes où on l'observe, indiquée tantôt sous les noms de carie, ostéite scrofuleuse; tantôt sous ceux de tumeur lymphatique strumeuse, tuberculeuse, etc.

En présence de ces faits, il est bien permis de se demander s'il n'existe pas du tubercule et du pseudo-tubercule; si le tubercule extérieur, chirurgical, n'a pas un élément particulier, que nous ne connaissons pas encore, qui constituerait ces altérations importantes au point de vue clinique, et pourrait même quelquefois se combiner avec l'élément décrit pour le tubercule médical. Je ne possède pas les données nécessaires pour résoudre cette question; mais il est à présumer que la clinique, appuyée sur les recherches microscopiques, parviendra à jeter la clarté sur ce point important de l'histoire des tubercules au point de vue chirurgical.

Sans établir d'analogie entre ces deux ordres de produits morbides, entre les manifestations de ces deux affections diathésiques, me rappelant ce qui se passe pour le cancer, je fais pour le tubercule des observations semblables. Le microscope nous fait trouver dans l'encéphaloïde et dans le squirrhe les mêmes éléments microscopiques; les mêmes éléments dans le squirrhe limité, dans le squirrhe atrophique, dans le squirrhe disséminé et dans le squirrhe ligneux en plaque ou en cuirasse. Et cepen-

dant, quelle différence dans les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement de ces diverses altérations! Et quelles différences aussi dans les manifestations cancéreuses d'un même organe, la mamelle par exemple!! D'autres fois, le microscope ne trouve pas l'élément caractéristique du cancer dans des tumeurs qui ont, cliniquement, la marche des affections cancéreuses! Je n'insisterai pas davantage sur ce point : loin de moi la pensée de m'élever contre les recherches microscopiques, et de chercher à en amoindrir l'importance. Le microscope est un moyen précieux d'investigation, surtout quand il est bien employé; il nous a rendu, et il nous rendra encore d'immenses services, mais il n'est pas arrivé à son extrême perfection et n'a pas encore dit son dernier mot sur le tubercule. En attendant, il faut bien, pour décrire les maladies qui doivent nous occuper, nous en tenir à ce que nous possédons; seulement je tâcherai d'indiquer, chemin faisant, les dissidences qui peuvent exister entre les recherches cliniques et les recherches microscopiques.

La première idée qui se présente à l'esprit au moment où l'on pense aux tubercules, soit au point de vue médical, soit au point de vue chirurgical, idée qui domine aussi la thérapeutique, c'est l'idée d'une *diathèse*. La tuberculisation est une diathèse à déterminations morbides multiples. Pour le docteur Ancell, le point de départ de cette diathèse est un état particulier du sang (1); je reviendrai plus loin sur cette opinion. Ainsi que nous l'avons établi en commençant, mais sans nous préoccuper alors de la grande question de diathèse que nous agitions en ce moment, si les manifestations de la tuberculose (expression que j'emprunte à M. Ancell) se montrent dans les organes internes, elles constituent les altérations tuberculeuses au point de vue médical; si elles se traduisent par des lésions dans des organes accessibles à la main du chirurgien, elles donnent lieu aux tubercules au point de vue chirurgical, ce qui ne veut pas dire que ces deux

(1) *Treatise on tuberculosis*, par H. Ancell, *passim*.

ordres de manifestations ne puissent exister isolément ou concurremment; bien qu'il arrive *souvent* aussi que les tubercules splanchniques ou les tubercules extérieurs se montrent les uns sans les autres.

En jetant un coup d'œil sur les conséquences des deux conditions en quelque sorte topographiques de la maladie, on peut dire que les tubercules *internes* sont graves de deux manières : d'abord par le trouble fonctionnel des organes au sein desquels ils se déposent, et par les inflammations de voisinage qu'ils développent dans ces organes eux-mêmes ou dans leurs enveloppes séreuses; ensuite par la suppuration dont ils deviennent le point de départ, suppuration qui, par son abondance, quand les tubercules sont nombreux ou volumineux, explique le marasme, la fièvre hectique, etc.

Les tubercules *externes* provoquent aussi des troubles fonctionnels, mais ceux-ci ne portent pas une aussi grave atteinte à la santé, parce que les organes altérés ne sont pas aussi importants; ils provoquent encore des inflammations de voisinage, mais sur des appareils dont l'inflammation n'est pas grave, excepté toutefois quand il s'agit d'une grande synoviale articulaire; car on peut voir une certaine analogie entre cette séreuse et les séreuses splanchniques (arachnoïde, plèvre, péritoine). Enfin, ces tubercules déterminent aussi des suppurations abondantes et le marasme, mais cela dépend encore du nombre, du siège, du volume des masses tuberculeuses.

Cependant, alors même que les manifestations tuberculeuses extérieures paraissent bien limitées, bien indépendantes de toute autre lésion intérieure, l'idée qui domine encore, et constamment, c'est toujours l'idée de diathèse. La tuberculisation locale n'est souvent qu'un accident de l'état général de l'individu, et il faut presque toujours redouter, pour le malade, une tuberculisation intérieure. Mais il pourra parfois arriver, j'oserai même avancer qu'il arrivera souvent que ces craintes des chirurgiens seront exagérées, que la lésion restera parfaitement limitée et

n'aura aucun retentissement sur l'organisme; mais jusqu'à ce que l'on puisse distinguer ces faits des cas dans lesquels il survient des manifestations intérieures, il faut toujours prévoir, craindre, et tâcher de prévenir le développement de tubercules dans les cavités splanchniques.

Cette considération, comme on le verra plus loin, domine toute la thérapeutique du tubercule au point de vue chirurgical. Ainsi un malade présente un ganglion tuberculeux, un tubercule dans une phalange; la première indication qui se présente au chirurgien, c'est celle de combattre l'état diathésique: il semble que ce soit un avertissement pour prévenir les tubercules intérieurs.

Telle était, même avant les travaux modernes sur la tuberculisation, la préoccupation constante du chirurgien. Du reste, bâtons-nous de le dire, si ces indications se retrouvent inscrites au premier rang pour les affections tuberculeuses, elles le sont aussi pour d'autres maladies générales, diathésiques, telles que la scrofule.

Dans la plupart des auteurs anciens, on trouve confondus la scrofule et le tubercule, c'est même cette confusion qui rend si difficile l'étude des tubercules à un point de vue général.

Parmi les modernes, il en est encore qui admettent entre le tubercule et la scrofule, sinon identité de manifestations, du moins identité de nature; et je puis citer ici MM. Ansell (p. 624), Lugol, Rokitansky, le dernier surtout, dont l'opinion est appuyée sur 13 à 14,000 autopsies. — La plupart des médecins et chirurgiens de notre époque n'admettent pas ces idées et regardent la scrofule et le tubercule comme deux diathèses distinctes. On peut lire sur ce sujet un mémoire fort bien fait de M. Hérard (1), et un remarquable ouvrage de M. Lebert (2).

Ces deux diathèses ne s'excluent pas l'une l'autre; elles peuvent se traduire à nous isolément par des manifestations diverses, ou bien elles peuvent se combiner de différentes manières.

(1) *Archives*, t. XIX, 2^e série, 1849.

(2) Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*.

Il n'y a pas longtemps encore que des auteurs distingués avaient admis une incompatibilité entre la diathèse tuberculeuse et la diathèse cancéreuse; ces deux diathèses ne se traduisaient jamais en même temps sur un même organisme; s'il existait des productions cancéreuses, il ne se rencontrait jamais de manifestations tuberculeuses, et réciproquement. Les observations sont venues saper cette doctrine, et il est admis aujourd'hui que l'on peut rencontrer simultanément sur le même individu les accidents de l'un et de l'autre état diathésique. Il ne faut pas confondre toutefois avec le tubercule ces dépôts de masses jaunâtres, *phymatoïdes*, de xanthose, si bien indiqués par M. Lebert.

Pour expliquer cet état diathésique, qui domine toute la pathologie du tubercule, tant au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical, divers auteurs ont admis des altérations particulières des fluides, et du sang en particulier. Je rappellerai ce que disent, à ce sujet, le docteur Ansell (p. 12 et 19), et quelques autres auteurs.

Dans la tuberculose, le sang est moins riche en *globules rouges*. État qu'on pourrait presque appeler avec le docteur Thompson une *phthisie* du sang. (Docteur Thompson, *Lancet*, 1851.)

D'après M. Andral, la quantité d'*albumine* est augmentée, et cette assertion du savant professeur se trouve être d'accord avec les observations de Glover, de Fricke, de L'Héritier et d'Elsner. Parmi ces derniers, il en est même qui affirment que cette albumine est imparfaite et modifiée dans ses qualités.

La *fibrine* est plutôt au-dessous qu'au-dessus de son chiffre normal. Et de ce que le sang a peu de tendance à se coaguler chez les tuberculeux, même quand il y a excès relatif de fibrine, on peut en inférer que ce principe est altéré.

Quelques auteurs ont dernièrement avancé que les *matières grasses* sont moins abondantes; mais cette assertion est combattue par quelques autres.

C'est un fait non douteux que la quantité d'eau prédomine.

D'après Fricke, de Baltimore, la quantité de *chaux* serait augmentée, celle des *phosphates* diminuée; tandis que d'après L'Héritier, tous les *sels calcaires* seraient moins abondants.

Pour MM. Andral et Gavarret, c'est au milieu d'un état d'anémie préalable que se développe la tuberculisation; et à mesure que celle-ci fait des progrès, l'abaissement du chiffre des *globules* devient de plus en plus considérable, tandis qu'inversement, le chiffre de la *fibrine* s'élève d'autant plus que la tuberculisation est plus avancée. (*Hématol. pathol.*, p. 156.)

Ces propositions sont confirmées par les analyses de MM. Becquerel et Rodier, qui ont de plus noté une diminution de densité du *sérum*, en même temps qu'une augmentation du chiffre des *matières grasses extractives* et des *sels libres*. (*Nouv. recherches sur la composition du sang*, p. 38.)

M. Nicholson a toujours rencontré une diminution du chiffre de la fibrine dans le sang des scrofuleux, dont le nombre de globules est toujours, d'ailleurs, au-dessous de l'état physiologique. (*Gaz. des hôpit.*, 7 nov. 1846.)

De sorte que le docteur Ancell n'a pu dire que le sang était moins riche en fibrine dans la tuberculose, que parce qu'il a confondu les tubercules et la scrofule.

L'examen microscopique du sang des tuberculeux n'y a rien fait découvrir de spécial.

On le voit donc, c'est par une simple vue de l'esprit, et en vertu d'une hypothèse humorale, que quelques auteurs ont fait résider dans la nature du sang la cause première de la tuberculisation. Et cette hypothèse, que l'induction permet de concevoir, aucun de nos moyens d'investigation n'est encore venu la démontrer.

Pour le docteur Madden (cité par Ancell, p. 627), la différence des manifestations de la tuberculose tiendrait souvent aux causes occasionnelles. Ainsi, dans une même famille, où la tuberculose est héréditaire, une personne présente une affection

épididymaire, elle aura des tubercules dans le testicule; une autre, pour s'être refroidie par une cause quelconque, succombera à la phthisie pulmonaire.

Il est consolant pour le chirurgien, s'il ne doit pas perdre de vue l'idée d'une maladie générale, de savoir que, plus ou moins réquemment, suivant l'organe affecté, la tuberculisation ne donne lieu qu'à des désordres purement locaux, et qui persisteront à cet état pendant un temps plus ou moins long, et même pendant toute la durée de la vie. Cette proposition sera démontrée, quand je traiterai des tubercules dans les différents organes, dans les différentes régions accessibles à nos moyens chirurgicaux.

Étiologie. — Les causes occasionnelles jouent certainement un grand rôle, au point de vue chirurgical, sur le développement des tubercules : les contusions pour les os, les noyaux d'induration, les engorgements chroniques pour le testicule, etc., et toujours se présente la grande question de la prédisposition, de la diathèse. Mais si ces causes occasionnelles, ces violences extérieures ont été invoquées pour expliquer le développement des tubercules dans le poumon, elles tiennent surtout une place importante pour la tuberculisation des organes externes. Réciproquement les affections chirurgicales jouent un certain rôle dans l'histoire de la tuberculisation pulmonaire : cette question sera traitée avec plus de détail dans la troisième partie de ce travail.

On a trouvé des tubercules dans presque tous les organes, ce n'est guère que dans les tissus fibreux, cartilagineux et fibro-cartilagineux, qu'on ne les rencontre pas. Au point de vue chirurgical, on peut ranger, dans l'ordre suivant, les organes qui subissent cette altération : ganglions, testicule, os, mamelle, organes génitaux chez la femme, etc.

La localisation des tubercules, dans un ou deux organes, est plus commune chez les adultes que chez les enfants. Chez ces derniers, la nutrition ayant une grande activité, les répara-

tions organiques étant très rapides, les maladies sont presque toujours générales, tandis qu'elles tendent à se localiser, à mesure que le sujet avance en âge (Papavoine).

Anatomie et physiologie pathologiques. — Au point de vue de l'anatomie pathologique générale, le tubercule présente, dans sa structure, des corpuscules particuliers se rapprochant des éléments anatomiques qui ont la forme de corpuscules ou de cellules, sans avoir le caractère des cellules ou des noyaux libres. Ces corpuscules ont la forme polyédrique, anguleuse, à angles mousses, de diamètre égal en tous sens, ou un peu plus longs que larges, ayant 0,007 à 0,008, ou 0,06 et même 0,010 de millimètre. Ils sont pâlis par l'acide acétique.

Le tissu tuberculeux est composé de corpuscules et de matière amorphe. La matière amorphe est solide dans le tubercule cru, liquide ou demi-liquide dans le tubercule ramolli ou en voie de ramollissement.

M. Robin n'admet pas que les granulations grises, celles que l'on rencontre dans les phthisies aiguës et les os, par exemple, soient du tubercule.

M. Lebert, au contraire, regarde les granulations grises comme une forme de manifestations tuberculeuses. M. Mandl va plus loin, il ne croit pas à l'existence de corpuscules particuliers dans le tubercule, et il s'appuie sur l'autorité de MM. Reinhardt, Virchow, Henle, etc.

Il est étonnant que pour les granulations grises il y ait quelque dissidence entre deux esprits aussi distingués que MM. Lebert et Robin, surtout quand on songe à cette différence si essentielle, signalée par M. Robin, entre les granulations grises et les corpuscules du tubercule : *l'acide acétique les rend plus foncés.*

A l'œil nu, les caractères varient autant qu'au microscope et même davantage, suivant que le tubercule est arrivé à telle ou telle phase de son développement. — Dur, concret, grisâtre à la première période, il devient diffluent, jaunâtre, au moment où il entre en voie de ramollissement ; à cette époque, et mieux en-

core à une époque un peu plus avancé, il est mêlé à une quantité plus ou moins grande de pus. — Le pus peut altérer la forme des corpuscules; il est ordinairement mal lié et présente des flocons grisâtres fibrineux ou albumineux. Enfin le tubercule peut être transformé en une masse crétaçée; or c'est là un des modes de terminaison du tubercule déjà signalé par Laënnec.

Les caractères distinctifs du tubercule ne se rencontrent pas toujours, et surtout aux diverses périodes de l'évolution de ce produit pathologique. M. Dufour insiste sur divers degrés d'évolution dans la production tuberculeuse, dans ses éléments caractéristiques. MM. Broca et Lebert pensent que le premier degré de l'évolution du tubercule consiste probablement dans le développement d'un tissu amorphe, et dans lequel les corpuscules n'apparaissent qu'ultérieurement. C'est surtout dans les cas d'infiltration tuberculeuse que ce fait peut être constaté. Les corpuscules eux-mêmes perdent plus tard leurs caractères distinctifs. Or, en présence de ces divergences dans les opinions sur les signes caractéristiques du tubercule, ne peut-on pas encore une fois se demander s'il n'existe pas, au point de vue des manifestations du tubercule dans les organes extérieurs, plusieurs espèces de ce produit pathologique?

Quand le tubercule se dépose au sein de nos organes, il peut rester plus ou moins longtemps à l'état de crudité, ou, tôt ou tard, finir par se ramollir et tendre à s'éliminer. Il présente alors des altérations variables, et qui nous occuperont quand nous traiterons du tubercule dans les organes externes, où on peut l'observer. D'une manière générale, on peut dire que ce dépôt tuberculeux peut rester bien limité, bien circonscrit, déterminer de bien faibles altérations dans les parties voisines, ou envahir, dans certains cas (dans l'appareil génito-urinaire, par exemple), tout un système d'organes plus ou moins étroitement liés entre eux; enfin, dans d'autres circonstances, déterminer tous les désordres généraux de la tuberculisation.

Marche. — Si le tubercule *chirurgical* affecte quelquefois

une marche aiguë, ce qui le distingue ordinairement, c'est la lenteur de son évolution ; cette lenteur dans le développement du produit morbide dépend souvent de l'organe affecté et de l'âge du malade. Nous espérons établir, surtout à propos du tubercule dans le testicule, la réalité de cette proposition.

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes des tubercules extérieurs sont variables :

Symptômes locaux. — Ils diffèrent suivant la période d'évolution du tubercule.

Au *début*, la tumeur est indolente, sans réaction inflammatoire, sans altération de voisinage, et parfaitement limitée.

Elle peut ainsi rester stationnaire pendant un temps plus ou moins long ; d'autres fois on constate, quand elle peut être explorée avec soin, qu'elle durcit, diminue, et passe à l'état crétaqué.

Se résorbe-t-elle quelquefois et disparaît-elle à cette période ? On en a cité des exemples ; mais, dans ces cas, il ne s'agissait pas *probablement* de tubercule véritable, mais de matière plastique, d'indurations simples, d'une forme de *pseudotubercule* en un mot ; ou bien si, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, la masse morbide a diminué, ce n'est pas le dépôt tuberculeux qui a été résorbé, mais bien l'engorgement voisin, ou les liquides épanchés.

Le plus ordinairement, la tumeur augmente de volume lentement, insensiblement, sans provoquer d'abord d'accidents. Elle refoule peu à peu les parties voisines, et tend à marcher vers la surface extérieure.

Elle détermine une subinflammation dans les parties environnantes, une suppuration plus ou moins abondante. Au bout d'un temps très variable, il survient des symptômes inflammatoires, la peau rougit, se ramollit ; la tumeur, d'abord dure, devient fongueuse, molle, fluctuante, et, si l'art n'intervient pas, la peau s'ulcère ; par cette ulcération s'écoule une petite quantité de pus séreux, mal lié, floconneux, *la tumeur ne se vide pas*

entièrement, reste fongueuse. Les trajets fistuleux persistent, ou bien il se développe une ulcération à formes diverses, tantôt déchiquetée, tantôt comme taillée à l'emporte-pièce, et dans le fond de laquelle on constate la présence de grumeaux jaunâtres. Dans ces grumeaux, comme dans les flocons de pus, on a quelquefois reconnu la présence du tubercule. La peau peut être décollée dans une étendue variable.

Enfin, après un laps de temps plus ou moins long, la matière tuberculeuse est éliminée, le foyer de la tumeur se déterge, les trajets fistuleux, les ulcérations se ferment, et la guérison s'opère; guérison quelquefois permanente, quelquefois temporaire. Il arrive, en effet, qu'après une certaine période, et quand on espérait une guérison durable, d'autres manifestations se présentent dans le voisinage ou dans une partie plus ou moins éloignée; il y a une véritable récurrence. L'affection suit encore ici les phases que nous venons de décrire, pour disparaître complètement ou se reproduire ultérieurement.

Nous avons réuni la marche de la maladie à l'étude de ses symptômes; cependant il faut bien prendre garde que, même dans les cas où le mal reste bien limité, l'évolution du tubercule varie suivant le siège de l'altération, suivant la profondeur de nos tissus à laquelle elle est située.

Ainsi, si le tubercule a une tendance à se porter à l'extérieur en même temps que le pus dont il détermine la formation, si l'on doit s'applaudir plus tard de cette tendance qui hâtera la guérison, il est des cas où il faut, avant tout et par-dessus tout, prévenir l'ouverture spontanée de cette espèce de tumeur. On a déjà compris que je veux parler des abcès par congestion.

Ici encore : souvent état latent de la maladie, qui s'annonce cependant quelquefois par des douleurs caractéristiques; formation d'un foyer purulent, et avec cette lésion, tous les attributs d'une santé parfaite. Mais que le foyer purulent vienne à s'ouvrir à l'extérieur, alors la scène change : en quelques jours les malades sont méconnaissables. L'air a pénétré dans le foyer, a

altéré la suppuration, le pus est devenu fétide, l'intoxication putride s'est déclarée, et il peut arriver que les malades succombent avec une rapidité étonnante.

Ces accidents, qu'on retrouve encore dans d'autres affections non tuberculeuses, ne constituent pas le cortège ordinaire de ces altérations. Elles empruntent ces caractères aux circonstances dans lesquelles elles se sont montrées, à leur siège, à leur profondeur, et aux complications consécutives, à l'entrée de l'air dans le foyer, à la décomposition du pus.

De la connaissance de ces accidents résultent pour le chirurgien certaines indications thérapeutiques : prévenir la formation de l'abcès, empêcher son ouverture et l'entrée de l'air dans le foyer purulent.

Durée. — La durée de la maladie est variable, suivant l'âge du malade, suivant l'organe, la région, le siège du tubercule, et suivant la rapidité plus ou moins grande de son évolution.

Les *symptômes généraux* offrent quelques points importants à examiner.

S'il existe des signes de tubercules dans les viscères importants, c'est une présomption et non une certitude pour le diagnostic des affections tuberculeuses chirurgicales. S'il n'y a point d'indices d'une production tuberculeuse dans les organes splanchniques, notamment dans les poumons, les individus présentent au moins, *presque toujours*, les signes d'une constitution faible, délicate, lymphatique ; et cette considération peut jouer un certain rôle pour reconnaître la nature de l'affection.

Il ne faut pas oublier non plus de faire intervenir, pour le *diagnostic*, l'âge du sujet.

En résumé, indolence parfaite au début ; absence de réaction inflammatoire dans les parties voisines ; dureté, ramollissement de la tumeur ; altération de la peau ; lenteur du développement ; examen du pus ; examen des ulcérations et des trajets fistuleux ; coup d'œil jeté sur la santé générale, sur l'âge du sujet : tels sont les éléments du diagnostic. Tous ces signes

deviendront plus caractéristiques au moment où nous les examinerons à propos de chaque organe.

Mais s'il est quelquefois possible de reconnaître la nature de la maladie, il n'en est pas toujours ainsi. Il faut s'aider, pour tâcher d'y parvenir, non-seulement des signes fournis directement par la lésion, mais aussi de ses caractères négatifs; essayer, en un mot, un diagnostic différentiel.

Ainsi ces affections diffèrent des tumeurs cancéreuses par leur marche, la lenteur de leur développement, et par l'absence des caractères des productions cancéreuses.

Pronostic. — Le pronostic est grave, et sa gravité est variable aussi suivant le siège de la lésion, la constitution du sujet, l'état des viscères importants.

J'ai déjà insisté sur l'idée d'une diathèse qui doit toujours se présenter à l'esprit et dominer le pronostic. Il est des cas où la manifestation locale est le seul signe matériel de la maladie tuberculeuse; mais il n'en est pas toujours ainsi. Si la lésion est profondément située, si elle avoisine des organes importants, si elle est étendue, il faut craindre les accidents les plus graves; si la manifestation locale est bien limitée à un organe facilement accessible à nos moyens chirurgicaux, le pronostic est bien loin d'être aussi fâcheux. Mais, même dans ces circonstances, il peut se montrer des accidents locaux redoutables (arthrite suraiguë, fétidité du pus, etc., etc.). Heureusement que ces accidents peuvent être utilement combattus, et que le chirurgien peut souvent en triompher. S'il existe des signes généraux de tuberculisation dans les organes splanchniques, et surtout dans les poumons, les malades succombent presque nécessairement à ces accidents des tubercules internes, dont la marche est quelquefois accélérée par les désordres locaux.

Enfin le pronostic est très grave encore quand les manifestations diathésiques, sans avoir envahi les organes splanchniques, occupent du moins une grande étendue et ont gagné de proche en proche les viscères voisins. Tel est le cas de la tuberculisation

du testicule qui se propage aux vésicules séminales, à la prostate, aux uretères, etc.

Les considérations générales que j'ai établies au commencement dominant toute la thérapeutique des tubercules au point de vue chirurgical. Les tubercules externes sont souvent pour le chirurgien un avertissement ; ils nous préviennent que le malade est placé sous l'imminence de graves manifestations diathésiques ultérieures ; ils nous indiquent qu'il faut, par un traitement général bien dirigé, chercher à prévenir le développement de désordres intérieurs, et surtout de la phthisie pulmonaire.

Traitement général. — C'est le traitement général de toutes les affections tuberculeuses ; il est décrit, avec tous les détails que comporte son importance, dans les ouvrages de médecine. Parmi les médicaments mis en usage, quelques-uns ont été préconisés, et avec raison, comme ayant des propriétés toutes spéciales et paraissant agir, tantôt sur la nutrition générale, tantôt sur la marche du tubercule lui-même : ainsi l'huile de foie de morue, l'huile iodée, les préparations iodées, l'iodure de potassium, etc. En même temps, et de préférence, on administre les médicaments désignés sous le nom de toniques, amers, ferrugineux ; les tisanes de houblon, de feuilles de noyer, de salsepareille, de chicorée, etc. ; les sirops de gentiane, anti-scorbutique, etc. ; les préparations ferrugineuses, surtout chez les femmes chloro-anémiques ; une bonne alimentation.

Les soins hygiéniques réclament aussi toute l'attention du médecin ou du chirurgien. M. Baudelocque a tellement mis hors de doute, par ses beaux travaux, l'influence pernicieuse d'un air non renouvelé, que certains médecins en sont arrivés jusqu'à attribuer à des influences purement hygiéniques les succès du traitement dans ces maladies : l'habitation à la campagne dans un endroit sec, sous un climat favorable, l'air de la mer, l'air des montagnes, les bains de mer et les eaux minérales, les Eaux-Bonnes, les eaux de Barèges, etc., tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Tel est, en résumé, le traitement général à mettre en usage; mais il faut insister sur ce traitement et le prescrire aux malades pendant un temps fort long, une et même plusieurs années; et quand on croit que la diathèse a disparu, si l'on aperçoit d'autres manifestations tuberculeuses, on doit revenir immédiatement au traitement général.

Il est certaines préparations qui tour à tour ont été vantées et abandonnées dans le traitement du tubercule; on les trouvera indiquées dans tous les ouvrages de médecine qui traitent du tubercule.

Traitement local. — D'une manière générale on peut poser les indications suivantes :

1° Arrêter, *si l'on peut*, le développement du tubercule. (Résolutifs, compressions, etc.)

2° Arrêter le travail inflammatoire. (Suivant les sujets : émissions sanguines générales et locales, purgatifs, frictions mercurielles, frictions iodurées, cataplasmes.)

3° Attendre que la suppuration soit très avancée avant d'agir. (Cataplasmes, bains.)

4° Ouvrir les dépôts de diverses manières (bistouri, cautère), mais de façon à donner au pus et surtout à la matière tuberculeuse une issue facile.

5° Hâter le travail d'élimination. (Cataplasmes, débridements, agrandissement des trajets fistuleux.)

6° Exciser les productions morbides dans certains cas.

7° Ouvrir les trajets fistuleux, exciser les bords des ulcérations décollées.

8° Pour hâter la détersion de l'ulcère, cautérisations, injections au nitrate d'argent, injections et badigeonnages avec la teinture d'iode.

9° Pansement simple, et dans quelques cas pansement avec des bandelettes.

La question qui préoccupe sans cesse le chirurgien est celle

de l'extirpation ou de la non-extirpation des parties altérées par la masse tuberculeuse.

Les chirurgiens rejettent d'une manière générale toute opération qui a pour but l'ablation de masses tuberculeuses. Suivant quelques-uns, pour éviter les accidents diathésiques qui pourraient se montrer dans un point de notre organisme, il faut laisser agir la nature et permettre à l'économie de se débarrasser elle-même. On peut citer à ce propos des cas vraiment remarquables. Ainsi l'on a vu (et ces observations ont été faites aussi chez des individus affectés de cancers) des malades succomber rapidement à une phthisie aiguë, à la suite d'opérations pratiquées pour les débarrasser de tubercules extérieurs. Tel est le fait rapporté par M. Hutin (26 mars 1857), dans la *Gazette des hôpitaux*. On a vu, chez d'autres individus, des accidents se développer rapidement dans les organes en relation plus ou moins intime avec celui sur lequel on avait pratiqué une opération.

Le passage suivant du livre de M. Lebert résume bien cette pensée :

« Nous avons remarqué, dit-il, que les malades qui avaient » des glandes tuberculeuses suppurées, étaient moins sujets à » la tuberculisation interne, que ceux qui portaient dans ces » glandes des tubercules à l'état de crudité. »

Pour M. Lebert, l'économie aurait-elle besoin de se débarrasser de son principe morbide? Le tubercule local serait-il quand il n'est pas éliminé, un élément d'infection, comme les productions cancéreuses? Je ne veux pas insister sur ce point, mais je trouve l'exemple mal choisi. Je ferai observer que bien souvent les chirurgiens n'hésitent pas à enlever des masses ganglionnaires tuberculeuses pour remédier à la difformité qu'elles occasionnent, et j'ai beau consulter mes notes et recueillir mes souvenirs, je ne sache pas que l'on ait signalé ces opérations comme causes occasionnelles du développement des tubercules pulmonaires.

Chaque tumeur tuberculeuse, accessible à la main du chirurgien, porte, pour ainsi dire, avec elle, son indication particulière; et si, d'une manière générale, on peut poser en principe qu'il faut rarement extirper ces produits morbides, dans certains cas, au contraire, alors qu'il y a abondance de la suppuration, fétidité du pus, hecticité, marasme, infection putride, graves désordres dans une articulation, douleurs vives, grandes difformités, hémorrhagies, séjour longtemps prolongé au lit et à l'hôpital, etc., on doit débarrasser le malade de la partie altérée. Pour les os, quand on le peut, il faut enlever le moins possible de parties saines, et préférer les résections aux amputations générales.

Tels sont les préceptes généraux qui dominent la thérapeutique des tubercules au point de vue chirurgical; nous aurons l'occasion de noter, en examinant les différents organes extérieurs, où l'on rencontre ce produit pathologique, les indications particulières à chacun d'eux.

Chaque tumeur tuberculeuse, accessible à la main du chirurgien, doit être enlevée, soit par la méthode de la ligature, soit par la méthode de l'excision, soit par la méthode de la résection, soit par la méthode de l'ablation.

DEUXIÈME PARTIE.

TUBERCULES DANS LES DIVERS ORGANES ACCESSIBLES À LA MAIN DU CHIRURGIEN.

Les tubercules, dans les divers organes accessibles à la main du chirurgien, sont le plus souvent le résultat d'une infection générale, et ils se développent dans les organes les plus riches en vaisseaux sanguins.

CHAPITRE I^{er}.

TUBERCULES DANS LES OS.

Suivant quelques auteurs, parmi lesquels je citerai le docteur Ancell, les os seraient, après le poumon, les organes les plus fréquemment affectés de tubercules. La même observation a été faite, dans l'Inde, par Allan Webb (*Pathologia indica*) (1), ce qui tendrait à prouver, si le fait était positif, que la différence de climats ne semble pas entraîner de différences dans l'évolution des manifestations tuberculeuses.

Cependant ces opinions ne sont pas généralement acceptées, relativement au tubercule des os.

Nous allons entrer dans l'étude de cette altération, et si j'insiste sur la description des lésions anatomiques, c'est que j'espère en tirer des indications pour le diagnostic et le traitement.

Anatomie pathologique. — Le tubercule présente, dans les os, trois types différents.

M. Nélaton a décrit : 1° le tubercule enkysté ; 2° l'infiltration tuberculeuse.

M. Lebert y a ajouté le dépôt de tubercules à l'extérieur des os.

Cette dernière forme est la plus rare, sans nul doute ; on la retrouve surtout au voisinage du sternum, des côtes, mais aussi dans d'autres régions, comme nous le verrons plus loin.

(1) Ancell, *op. cit.*, p. 127.

Les auteurs ont discuté sur la valeur de la distinction admise par M. Nélaton. Ried, par exemple, pense que les deux états admis par ce professeur ne sont que deux modifications d'une même altération; d'autres sont allés plus loin et ont prétendu que les tubercules des os n'existaient pas, que l'on avait pris pour des tubercules, du pus plus ou moins concret, ou infiltré; parmi ces derniers, les uns niaient l'existence du tubercule, sans invoquer à l'appui de leur opinion aucun fait positif; les autres rejetaient toute observation dans laquelle le microscope n'était pas intervenu. Peut-être, en effet, les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont-ils pris souvent pour du tubercule, du pus concret résultant d'ostéite. Mais M. Lebert a prouvé d'une manière péremptoire, pour ceux qui veulent le contrôle du microscope, qu'on trouvait dans les os le tubercule sous les trois états que j'ai indiqués plus haut.

M. Lebert pense que le tubercule des os n'est pas aussi fréquent qu'on l'a signalé. Cette opinion est partagée par MM. Rokitanski, Robin et quelques autres.

M. Ancell dit, au contraire, positivement que le tissu osseux est fréquemment le siège du tubercule. Cette dissidence, sur laquelle je ne veux pas m'appesantir longuement, tient évidemment à ce que les uns ont pris pour des dépôts tuberculeux ce qui n'était, pour le microscope, que du pus concret, et à ce que les autres veulent toujours retrouver les éléments caractéristiques admis par les micrographes.

Nous retrouvons tout d'abord cette importante question de la tuberculisation au point de vue de la diathèse. Le docteur Ancell affirme (1) que le tubercule se développe fréquemment dans les tissus osseux sans qu'on le rencontre dans les poumons ou dans d'autres viscères. Stanley (2) est arrivé

(1) Ancell, *loc. cit.*, p. 325.

(2) Ancell, *loc. cit.*, p. 250.

aux mêmes conclusions. M. Lebert (1), MM. Velpeau, Nélaton, Denonvilliers, avec presque tous les chirurgiens modernes, partagent cet avis. Ried cependant pense que les tubercules des os existent rarement sans qu'on en rencontre dans les poumons, le foie, la rate, etc.

Le tubercule, avons-nous dit, se présente dans les os sous différentes formes; nous allons les passer en revue brièvement.

1° *Tubercule enkysté*. — Suivant M. Nélaton, et son opinion est généralement admise, cette production se présente de la manière suivante : une cavité creusée, plus ou moins complètement, dans la substance osseuse, complétée souvent par le périoste quand le tubercule est superficiel, s'ouvrant en certains cas dans la cavité médullaire; un kyste d'enveloppe décrit aussi par A. Bérard, M. Lebert, rejeté par MM. Léveillé, Rokitsanski, Malespine, Ried d'Erlangen, etc., et dont, pour ma part, j'ai pu souvent constater la présence; enfin, une masse plus ou moins considérable, un dépôt de matière pulpeuse, ressemblant à du plâtre délayé ou à du fromage mou, d'une teinte blanchâtre, grisâtre, jaunâtre, verdâtre, suivant la période où l'affection est arrivée. Quelquefois il existe un seul dépôt dans un seul os; quelquefois il en existe plusieurs dans un même os ou dans plusieurs autres. Les dépôts voisins peuvent se réunir et constituer une cavité anfractueuse irrégulière, plus ou moins considérable.

Le siège de prédilection de ces productions tuberculeuses est le tissu spongieux, surtout le tissu spongieux rougeâtre (Nélaton), les épiphyses des os longs chez les jeunes sujets, et principalement le corps des vertèbres.

M. Nélaton a dressé la liste suivante des différents os du squelette, suivant la fréquence relative de leur altération par les tubercules. Cette table est reproduite par presque tous les auteurs : 1° vertèbres; 2° épiphyses du tibia, du fémur, de l'humérus (chez

(1) Lebert, *loc. cit.*, p. 527.

les enfants); 3° phalanges, métatarsiens, métacarpiens; 4° sternum et côtes, os iliaques; 5° apophyse pétrée du temporal; 6° os courts du tarse et du carpe.

Une fois déposé, le tubercule peut rester stationnaire, ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, il augmente de volume. Les tissus voisins s'enflamment, tandis que la masse se ramollit et cherche à se faire jour à l'extérieur. Si les os sont profondément situés, il se forme des abcès dont le pus, mêlé à la matière tuberculeuse, va se montrer à une distance plus ou moins éloignée du mal. C'est, du reste, ce qui se passe aussi dans la carie simple et ce qui constitue les abcès par congestion. Si l'os est plus superficiellement placé, l'abcès arrive vite à la peau, il s'ouvre à l'extérieur et le tubercule s'échappe avec le pus sous forme de grumeaux ou de fragments plus ou moins considérables, quelquefois reconnaissables à l'œil nu ou au microscope. Si la matière tuberculeuse sort difficilement, il en résulte une suppuration longue, presque intarissable; si le tubercule disparaît plus vite, il reste une cavité osseuse. Alors le kyste s'hypertrophie, il devient le siège d'une exsudation plastique qui le transforme en un tissu fibreux; la caverne se comble et la guérison est obtenue. Nous reviendrons, surtout à propos du tubercule dans le testicule, sur l'ulcération de la peau et les trajets fistuleux.

Mais il arrive quelquefois que le tubercule déposé au centre du tissu osseux, de l'épiphyse d'un os par exemple, y détermine une inflammation, une exsudation plastique du périoste et consécutivement des ostéophytes. Dans ce cas, le tubercule arrive difficilement à l'extérieur; et alors, ou bien il se porte du côté du canal médullaire dans lequel il s'ouvre et s'épanche, ou bien, et c'est une des terminaisons graves du tubercule des os, il pénètre dans une articulation après avoir détruit l'os et le cartilage.

Cette complication de l'affection tuberculeuse des os a été

bien étudiée par MM. Richet (1), Lebert, et d'autres auteurs, et aussi par M. Nélaton qui a fait représenter un cas remarquable de cet accident. Je rapporte ici une observation de M. Forget, que j'extraits du *Bulletin de la Société de chirurgie* (2).

Les pièces anatomiques proviennent d'un homme de quarante-trois ans, auquel il a pratiqué l'amputation de la cuisse il y a dix jours, dans les circonstances suivantes :

Il y a vingt-cinq ans que des douleurs, accompagnées de gonflement, se manifestèrent dans l'articulation tibio-fémorale gauche. Depuis cette époque, le genou est resté plus volumineux que celui du côté droit. La marche était gênée, douloureuse, pour peu qu'elle se prolongeât; plusieurs fois on constata tous les signes d'un épanchement intra-articulaire, à la suite de violences extérieures, déterminées soit par un choc, soit par une chute sur le genou.

Il y a deux ans, à la suite d'un semblable accident, il se développa, au côté interne de l'articulation, une tumeur fluctuante, qui se forma de bas en haut. Les progrès de cette tumeur et la gêne qu'elle apportait aux mouvements, décidèrent le malade à recourir à l'intervention du chirurgien.

M. Forget diagnostiqua un kyste extra-articulaire, sans communication avec l'article; sa forme s'adaptait exactement à la direction de la gaine synoviale des muscles de la patte d'oie. Plusieurs membres de la Société de chirurgie partagèrent l'opinion de M. Forget; l'avis général fut de faire une ponction, suivie d'injection iodée.

Cette opération faite, on put constater la nature du kyste, qui contenait une foule de corpuscules que l'on a comparés à des grains de riz; on dut même agrandir l'ouverture par une petite incision, puis on injecta de la teinture d'iode.

Douze jours après, le kyste s'enflamma, et l'abondance de la

(1) Richet, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. XI, p. 142.

(2) Forget, *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 45.

suppuration exigea qu'il fût incisé sur toute son étendue. On pansa à plat.

Pendant huit jours, tout paraissait bien se passer; la plaie suivait très régulièrement ses phases, lorsque le malade fut pris d'un frisson très vif, auquel succéda un état fébrile des plus intenses : des douleurs excessives envahirent l'articulation du genou, autour de laquelle se formèrent bientôt des collections purulentes multiples; la cavité articulaire elle-même se remplit de pus, qui s'écoulait par une ouverture fistuleuse : plaie en dedans de l'épine du tibia.

Bientôt les accidents généraux et locaux devinrent plus pressants. Les mouvements étaient douloureux et accompagnés de craquements; enfin une mobilité considérable des extrémités articulaires ne laisse aucun doute sur la gravité des lésions dont elles étaient le siège. — L'amputation fut décidée.

Les pièces anatomiques montrent :

1° Une vaste excavation occupant l'extrémité supérieure du tibia, et paraissant d'origine tuberculeuse; la délimitation exacte de la maladie, l'intégrité du tissu osseux et du périoste sur les confins de l'excavation, la densité du tissu spongieux qui en forme le fond, enfin la matière caséeuse qu'elle contenait, telles sont les raisons qui peuvent faire adopter l'existence ancienne de tubercules ramollis et suppurés. L'excavation s'ouvre, dans l'article, par deux orifices, et dans le creux poplité, par une perforation assez large pour admettre l'extrémité d'une sonde.

2° Les cartilages tibiaux sont décortiqués; le tissu osseux sous-jacent est vascularisé et enflammé; mêmes lésions à la face interne de la rotule.

3° Il existe, sur le condyle interne, une excavation très nette, qu'on eût dit faite avec un emporte-pièce, et qui est assez grande pour loger un œuf de pigeon. — Elle contenait de la matière tuberculeuse ramollie.

Cette pièce est déposée au musée Dupuytren (n° 292 e).

De tout ce qui précède, il résulte que le tubercule, d'abord à l'état de crudité, passe par la période de ramollissement et tend à s'éliminer.

Enfin, il peut arriver que le tubercule une fois déposé reste à l'état stationnaire, ou subisse la transformation crétacée, indiquée par Laënnec, Bayle et M. Louis, pour le poumon. Il est vrai de dire toutefois que cette transformation, indiquée par MM. Rokitanski, Ancell, même à propos des tubercules des os, n'est pas signalée par la plupart des autres auteurs.

Deuxième forme. — Infiltration tuberculeuse. — M. Nélaton signale ici deux sous-divisions : A. *infiltration grise* ; B. *infiltration puriforme*. L'infiltration puriforme ou jaune serait toujours précédée de l'infiltration grise. M. Lebert n'a jamais rencontré les granulations grises éparses dans le tissu spongieux des os, et qui constituent la première variété.

M. Ried, tout en rendant justice aux travaux de M. Nélaton, rejette les deux formes de tubercules des os, et surtout ces deux dernières variétés. Pour lui, dans tous les cas, il y a un premier fait : dépôt tuberculeux ; puis, si le dépôt augmente, deuxième fait : absorption du tissu osseux ; si cette absorption a lieu d'abord du centre à la périphérie, elle constituera une caverne, et par suite la forme enkystée ; si l'absorption commence d'abord à la périphérie, elle donnera lieu à des trajets plus ou moins obliques, et enfin à l'infiltration tuberculeuse. Jamais M. Ried n'a trouvé de granulations grises ; on n'en trouvait non plus nulle part chez le sujet dont je résumerai plus loin l'observation.

Cette infiltration tuberculeuse est fréquente chez les jeunes sujets ; elle donne lieu à la formation de séquestres, dont le mécanisme s'explique aisément, et sur lequel je ne puis pas insister plus longtemps. Ces séquestres offrent une particularité qui les distingue de ceux qui résultent d'une nécrose. Ces derniers sont durs, résistants, formés en général de tissu compacte ; les autres sont friables et constitués par du tissu

spongieux. Cette structure a son explication dans leur mode d'origine. Comme altération de voisinage dans les os malades, je signalerai rapidement l'hyperostose, l'atrophie, l'éburnation, etc. L'hyperostose et l'éburnation se rencontrent surtout dans les tubercules du temporal, dont je parlerai ultérieurement.

Troisième forme. — Dans cette troisième forme, indiquée par M. Lebert, le tubercule, déposé au contact d'un os, l'envahit consécutivement. Ce fait est exact pour les dépôts tuberculeux qui ont leur siège derrière le sternum, sur les côtes et même au voisinage d'autres os longs des membres. Dans ce dernier cas, il reste, il est vrai, quelquefois un point douteux, et il est permis de se demander s'il ne s'agissait pas tout d'abord d'un tubercule osseux très superficiel. Je reconnaitrais volontiers la valeur de cette hypothèse, si le dépôt tuberculeux n'était pas quelquefois très considérable ; mais je pense que l'explication ne peut convenir au fait suivant. La lésion osseuse siégeait au niveau du cubitus ; on avait reconnu pendant la vie une tumeur blanche du coude ; l'articulation était gonflée ; la peau amincie, et l'on sentait au-dessous de la peau quelques masses fongueuses. Il existait en outre quelques trajets fistuleux, mais qui ne semblaient pas s'étendre jusqu'aux os.

A l'autopsie on rencontra des masses tuberculeuses dans les parties molles transformées en un tissu fongueux et lardacé. Les os étaient malades, il y avait de l'ostéite ; à l'extrémité supérieure du cubitus et à la partie externe de cette extrémité, une tache jaunâtre tuberculeuse se prolongeait dans la substance spongieuse (1).

J'ai montré tout à l'heure que le tubercule pouvait s'ouvrir dans une articulation ; de plus, et surtout quand il est à l'état d'infiltration, il peut déterminer des désordres de voisinage dans les surfaces articulaires : ostéite, érosion des cartilages, épais-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, p. 33.

sissement de la synoviale, etc. Dans ces cas, quand le tubercule envahit l'articulation, il existe déjà des adhérences qui diminuent la gravité des accidents. Et puisque je parle d'accidents de voisinage, mentionnons encore la compression d'organes importants, déterminée, dans certains cas, par ces productions tuberculeuses, et par la suppuration à laquelle elles donnent lieu.

La partie du sujet que je vais passer en revue est bien moins connue que celle que je viens de parcourir rapidement.

Symptômes ; diagnostic ; pronostic. — Les signes des tubercules des os sont presque nuls au début. A part la douleur qui, dans quelques cas donnés, dans les tubercules vertébraux par exemple, revêt certains caractères spéciaux, il n'existe aucun symptôme qui puisse faire distinguer cette lésion ; encore la douleur ne se montre-t-elle que quand le tubercule commence déjà à déterminer des accidents de voisinage.

Il est si vrai que le tubercule des os, bien différent en cela du tubercule pulmonaire, ne présente à son début aucun phénomène appréciable, que bien souvent, dans les autopsies, si l'on recherche dans les os ces productions morbides, on les trouve difficilement, surtout si le tubercule est placé au centre de l'os ; il n'y a aucune saillie, aucun signe de travail inflammatoire, et il faut explorer les os avec le plus grand soin, à l'aide de coupes faites habilement et avec beaucoup de ménagements. Mais aussitôt que la masse tuberculeuse augmente, qu'elle détermine des accidents dans les tissus environnants, les symptômes varient suivant la région malade, l'importance de l'organe placé dans son voisinage et l'état des viscères splanchniques. De là deux ordres de symptômes qui vont nous occuper un instant.

Symptômes locaux et fonctionnels. — Quand l'os est entouré de parties molles abondantes, il se passe un temps plus ou moins long avant que le chirurgien puisse constater les désordres déterminés par la production tuberculeuse. Les symptômes ne

deviennent évidents que quand le tubercule et le pus constituent une tumeur appréciable, ou que les parties dures ont subi certaines déviations ou déformations ; il en est ainsi pour les tubercules de la colonne vertébrale, et pour ceux de tous les os très abrités par les parties environnantes. Quand l'os est superficiellement placé, on trouve un gonflement quelquefois circonscrit, quelquefois, au contraire, assez étendu.

La partie tuméfiée se ramollit ; on sent alors une tumeur molle, pâteuse, plus tard fluctuante ; la peau s'amincit, rougit et s'ulcère ; le pus et le tubercule s'échappent par des trajets fistuleux plus ou moins obliques ; ou bien il s'établit une ulcération caractéristique, sur laquelle j'insisterai surtout en parlant des tubercules du testicule. Si le tubercule s'est fait jour du côté d'une articulation, s'il survient une ostéite, une arthrite de voisinage, l'os est gonflé, douloureux, et aux symptômes précédents viennent se joindre les symptômes résultant des lésions articulaires ; symptômes quelquefois des plus graves, quand le tubercule se fait jour dans l'articulation sans que celle-ci ait été, pour ainsi dire, préparée à son invasion.

Pour parcourir ces diverses phases (crudité, ramollissement, suppuration, élimination), la maladie met un temps plus ou moins long, quelquefois des années : cela dépend de la *marche* plus ou moins rapide de la tuberculisation.

Une fois le trajet fistuleux établi, le pus présente, dans certaines circonstances, des caractères bien tranchés ; dans d'autres l'ulcération laisse voir la masse tuberculeuse en voie d'élimination, et le *diagnostic* devient assez facile.

A l'aide d'un stylet introduit par la perforation cutanée, on peut, quand le trajet n'est pas très long, ni trop sinueux, pénétrer jusque sur la partie malade de l'os. Cette exploration permet d'apprécier la résistance de la caverne osseuse, ses dimensions, ses anfractuosités ; mais il est souvent difficile (et on le comprendra aisément, si l'on n'a pas oublié ce que j'ai dit des altérations de l'os lui-même) de distinguer si l'on a affaire à une

caverne résultant d'une carie ou de la fonte d'un dépôt tuberculeux. S'il s'agit d'os plus profonds, les symptômes locaux disparaissent devant la gravité de ceux qui résultent de la compression ou de l'irritation d'un organe voisin. Pour le crâne, compression de l'encéphale; pour le rocher, otite, paralysie faciale dans certains cas, etc. Si le tubercule siège à la base du crâne, on ne trouve plus que des symptômes fonctionnels, qui ne peuvent en aucune façon indiquer la nature de la maladie.

J'ai déjà signalé, à propos des vertèbres, la douleur caractéristique que l'on rencontre quelquefois au début; plus tard arrivent la gibbosité, la compression de la moelle, l'abcès par congestion, etc. Pour les côtes et le sternum, on n'observe de phénomènes particuliers que quand la masse tuberculeuse a acquis un assez grand développement, et que dans un mouvement les os viennent à se fracturer. A moins qu'une inflammation, une ostéite, ne survienne dans le voisinage du dépôt tuberculeux, on ne trouve pas de symptômes inflammatoires au niveau des points malades.

Symptômes généraux. — Dans les cas où il y a en même temps des tubercules dans les os et dans les cavités splanchniques, les signes de ces dernières altérations viennent s'ajouter à ceux que j'ai mentionnés plus haut. Or les malades atteints de tubercules des os seulement peuvent présenter les signes d'une santé faible, d'une mauvaise constitution, d'autres fois toutes les apparences d'une santé robuste.

Le *diagnostic* de ces altérations osseuses est bien embarrassant et souvent impossible. J'ai déjà parlé de cas dans lesquels le tubercule est tout à fait inaccessible à nos moyens d'investigation, et ne se traduit à nous que par certains troubles fonctionnels (ex. : les tubercules des os à la base du crâne); dans ces cas, le diagnostic est impossible. Si le malade présente les signes d'une tuberculisation générale, on pourra bien avoir quelques présomptions sur la nature de la lésion; mais on n'aura jamais les éléments d'un bon diagnostic pour son siège et pour sa forme.

Quant aux altérations de la colonne vertébrale, le diagnostic en est souvent assez facile; on peut même arriver à distinguer les signes des tubercules enkystés de ceux de l'infiltration tuberculeuse; lésions qui, par leur forme, correspondent aux caries profondes et superficielles de Boyer; mais on ne peut pas toujours reconnaître sûrement la nature même de l'altération. La carie, l'arthrite vertébrale, en effet, donnent lieu à peu près aux mêmes symptômes que la tuberculisation des vertèbres.

Pour les côtes, pour le sternum, pour les os superficiellement placés, on peut, en présence de la lésion dont j'ai tracé les symptômes, hésiter à se prononcer entre plusieurs affections: la tuberculisation, la carie, la nécrose.

Cependant la carie et la nécrose sont presque toujours précédées de symptômes inflammatoires avec gonflement et douleur caractéristiques. La tuberculisation se fait d'une manière lente, elle marche sans provoquer de réaction pendant un certain laps de temps. Enfin, quand l'ulcération est arrivée, que la tumeur suppure, l'examen du liquide, qui s'échappe par la plaie ou par les trajets fistuleux peut faire reconnaître la nature de l'altération osseuse. Si l'on ajoute à cela que souvent les dépôts tuberculeux sont multiples, et que, dans quelques circonstances, on trouve tous les signes d'une tuberculisation généralisée, on aura le tableau des éléments propres au diagnostic du tubercule des os; diagnostic, je le redis encore, souvent difficile et incertain, quelquefois impossible.

Le diagnostic des complications (compression de la moelle, difformité, compression ou destruction d'un nerf, arthrite plus ou moins intense), est plus facile, car les signes sont ici nettement tranchés. Ce n'est pas le diagnostic de la lésion elle-même qui peut être embarrassant, mais bien le diagnostic de la nature de la maladie. En supposant que l'on soit fixé sur la nature de l'altération, si l'on veut pousser plus loin le diagnostic et distinguer le tubercule enkysté de l'infiltration tuberculeuse, on ne rencontre pas toujours une impossibilité absolue. Dans l'infil-

tration tuberculeuse, la marche est plus lente, les désordres du tissu osseux voisin sont plus marqués. Il existe des séquestres, il n'y a point de cavité, de caverne franche; mais aussi le pus, qui s'écoule par les trajets fistuleux ou par l'ulcération de la peau, est peut-être moins caractéristique.

Voici le résumé d'une observation intéressante de M. Ried (1) qui complétera ce que j'ai déjà dit sur le diagnostic et la marche de cette maladie.

Jeune homme de dix-huit ans, entré à la Clinique chirurgicale d'Erlangen en 1838.

Neuf mois avant son entrée, quatre tumeurs sur la face externe du crâne, deux suppurent. — Tuméfaction du coude droit, suppuration, issue de pus jaunâtre, *mêlé de flocons caséiformes*. — Plus tard, tumeur au milieu du sternum, incolore, molle, douloureuse. — Incision, issue d'un pus semblable à celui qui a déjà été signalé. — Mort. — *Autopsie*: A l'endroit où les tumeurs crâniennes ont suppuré, et où il reste un trajet fistuleux, perforation de la boîte crânienne, dépôt de matière tuberculeuse entre les os et la dure-mère. L'os autour de la perforation est d'une texture plus ferme qu'à l'état normal.

En enlevant le périoste, on trouve sur l'un des pariétaux un tubercule, renfermé dans cet os, ne faisant aucune saillie anormale à l'extérieur. (Pas de kyste!), etc., etc.

Au niveau du sternum, ulcère gangréneux, os à nu, perforation. — Fractures de cinq côtes. — Tubercules dans ces os. — Tubercules au niveau de l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre du cou, de l'apophyse transverse de la seconde vertèbre lombaire. — Os de l'articulation du coude dépouillés de leur cartilage. — Périoste, muscles, tendons épaissis, lardacés; ostéophytes. — Petite anfractuosité arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, entre les deux condyles de l'humérus, contenant encore du tubercule. — Tubercules miliaires dans le pöumon droit.

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, p. 480.

Cette observation est curieuse par la multiplicité des lésions, et montre bien comment les tubercules restent d'abord à l'état latent, sans que rien vienne révéler leur présence; comment les tumeurs, qui se forment ultérieurement, augmentent de volume sans amener de changement de couleur à la peau, etc.

Terminaison. — Elle dépend du siège de la maladie, de sa forme, de ses complications. Si le sujet jouit d'une assez bonne santé, s'il n'y a aucun signe de tuberculisation des organes intérieurs, si l'altération atteint un os superficiel, s'il s'agit de tubercules enkystés, on peut espérer obtenir la guérison. La nature elle-même tendra à éliminer le produit morbide; la cavité se cicatrisera et les accidents disparaîtront. Mais si les tubercules ont envahi des os profondément placés, si l'altération est étendue, s'il existe des tubercules dans le poumon, le foie et la rate, la mort est la terminaison la plus générale de la maladie.

Le *pronostic* est donc très grave dans ces derniers cas, très grave, surtout s'il existe des signes de tuberculisation générale; il est beaucoup moins grave dans le cas contraire. Si le tubercule des os n'est pas la manifestation la plus fréquente parmi celles qui attaquent les organes accessibles à la main du chirurgien, l'on peut dire au moins qu'il constitue plus souvent que dans les autres régions extérieures une altération bien limitée, et surtout bien localisée; guidé, appuyé par cette considération, il faut se garder de porter un pronostic fâcheux dans tous les cas où on le rencontre.

On doit prendre garde, quand on a observé des désordres nombreux dans le système osseux et une suppuration plus ou moins abondante, plus ou moins prolongée, de considérer comme des signes de tuberculisation interne, des symptômes d'affaiblissement de la constitution, et de s'alarmer trop vite. Cette considération, surtout vraie pour les tubercules, et en général pour toutes les maladies du système osseux, se présentera encore à nous dans le cours de ce travail.

Traitement. — Comme on l'a vu, on ne peut pas toujours

arriver à reconnaître l'altération tuberculeuse des os. J'ai résumé tout ce que la science m'a appris sur cette question; et si, dans certains cas, il reste quelques doutes sur la nature intime de la lésion, il ne faut pas perdre de vue que, pour l'affection tuberculeuse comme pour les maladies qui peuvent la simuler, chaque fois que la santé générale est altérée, le traitement général doit dominer toute la thérapeutique ?

Quant aux indications résultant des désordres locaux, nous allons les examiner successivement.

D'une manière générale, et sans entrer dans le traitement des abcès par congestion, dont j'ai déjà dit un mot, on peut poser les indications suivantes :

... Attendre que les tubercules soient devenus sous-cutanés; attendre, avant d'ouvrir les foyers tuberculeux, que ce produit morbide soit assez ramolli pour qu'il puisse être éliminé; favoriser cette élimination par des incisions, des débridements au besoin; s'il y a des ulcères et des trajets fistuleux, agir ainsi que je le dirai plus loin en parlant de ces accidents à la suite d'abcès testiculaires.

Il est encore quelques indications spéciales qui ressortent de ce que j'ai avancé plus haut. Si l'on soupçonnait la présence d'un tubercule enkysté, au voisinage d'une articulation, et que l'on aperçût un gonflement plus ou moins circonscrit, sans symptômes douloureux et inflammatoires sérieux, signes ordinaires des dépôts plastiques du périoste, qui viendraient entraver l'évolution du produit morbide, il ne faudrait pas hésiter à ouvrir, à préparer une voie d'élimination au tubercule. Mais si l'articulation est intéressée, si déjà le tubercule a gagné sa cavité, il faut alors combattre les accidents du côté de l'articulation; et, dans certains cas, comme dans le fait de M. Forget rapporté plus haut, recourir à l'amputation totale du membre, ou mieux, si c'est possible, à la résection des surfaces articulaires altérées.

Suivre donc pas à pas l'évolution tuberculeuse, et la combattre;

arrêter, quand on le peut, les premiers accidents ; faciliter l'élimination du produit morbide ; lui ouvrir même, dans certains cas, une voie artificielle, telle sera, en résumé, la conduite du chirurgien.

C'est surtout pour le tubercule des os que les chirurgiens ont recommandé de s'abstenir de toute grande opération tendant à en débarrasser les malades. Je viens de citer une circonstance dans laquelle il faut agir ; il en est d'autres qui, à moins de contre-indications formelles, réclament le même traitement énergique (suppuration abondante, fétidité du pus, immobilité, séjour au lit, séjour dans un hôpital, épuisement, etc.). L'infection putride, assez commune dans les suppurations osseuses, loin d'être comme l'infection purulente, une contre-indication, doit au contraire décider le chirurgien à débarrasser les malades du foyer d'infection, *quand l'extirpation est praticable*.

Résumé. — 1° Le tubercule dans les os est une manifestation assez commune. Elle est au tubercule pulmonaire :: 3 : 7. (Ried.)

2° Fréquent de trois à sept ans ; plus rare à l'époque de la puberté ; il redevient assez commun de quatorze ou seize ans, à vingt-cinq et trente ans (Ried) ; on en trouve quelques cas à l'âge de quarante ans (Nélaton).

3° Il existe souvent sans que les malades soient atteints de tubercules dans les organes renfermés dans les cavités splanchniques.

4° On a pu confondre cette affection avec d'autres altérations, et le produit tuberculeux avec d'autres produits, tels que le pus concret, etc.

5° Néanmoins cette maladie, bien décrite, surtout par M. Nélaton, et à laquelle il applique le nom de tubercule des os, existe avec les caractères qu'on lui a assignés. M. Lebert a confirmé, à l'aide de recherches microscopiques, l'observation à l'œil nu.

6° Il existe trois formes de tubercules des os : tubercules enkystés, infiltration tuberculeuse, tubercules de contiguïté.

7° Cette maladie a une marche et des symptômes particuliers.

8° Latente d'abord, elle s'annonce par des symptômes variables, suivant le siège de la lésion, la profondeur et les rapports de l'os affecté, l'état général des malades.

9° En général, pas de signes d'inflammation au début.

10° Diagnostic souvent incertain, toujours difficile. C'est aussi l'opinion de M. Rokitanski, cité par le docteur Meinel (1).

11° Pronostic grave en général; la gravité du mal dépend toujours de la forme de la lésion, de son siège, de ses rapports avec des organes importants.

12° Traitement général; traitement local variable; amputation dans certains cas déterminés.

CHAPITRE II.

TUBERCULES DANS LE TESTICULE.

Cette altération a été décrite sous différents noms : *engorgement du testicule*; *testicule scrofuleux*; *sarcocèle*; *orchite chronique tuberculeuse*; *tubercules du testicule*, etc.

Le tubercule débute dans le testicule de deux manières différentes : tantôt le dépôt tuberculeux succède à une inflammation, à une induration de l'épididyme ou du testicule; tantôt il se dépose d'emblée dans un ou plusieurs points de cette glande.

Siège. — On a beaucoup discuté sur le siège anatomique de ce produit morbide : les uns, avec MM. Curling, Broca, Verneuil, Dufour, admettent qu'il se dépose dans la cavité même des tubes séminifères; les autres pensent qu'il s'infiltré entre les canaux du testicule ou de l'épididyme. Les pièces que j'ai étudiées à la Société anatomique, les dessins de M. Curling, l'examen des faits que M. Velpeau a rapportés, et dans lesquels on voyait une série de petites masses disséminées dans cette glande, presque sous forme de gouttelettes, ne me laissent pas de doute, et je crois pouvoir affirmer que *le plus ordinairement* le tuber-

(1) *Revue trimestrielle de Prague*, 1852.

cule se dépose dans les canaux séminifères. En voici un exemple, présenté par M. Verneuil à la Société anatomique. Le testicule est volumineux, bosselé; le cordon testiculaire l'entoure, et à la place de l'épididyme on trouve une caverne aréolaire pleine de matière tuberculeuse. Le testicule lui-même présente une foule de petites bosselures; la pression en exprime de la matière tuberculeuse. Ces sortes de petits mamelons ont un orifice à leur centre, et se continuent avec les tubes séminifères, qui sont hypertrophiés. Il semble donc que la matière tuberculeuse est déposée dans les tubes séminifères (1).

Fréquence, causes. — Après le poumon, c'est le testicule qui se tuberculise le plus souvent, si l'on en excepte les ganglions (Velpeau). Cette opinion, qui est en contradiction avec les opinions du docteur Ancell sur le tubercule des os, me paraît, d'après les observations que j'ai pu faire, parfaitement exacte.

Les testicules, comme les ganglions extérieurs, se laissent souvent envahir isolément, sans qu'il y ait de tuberculisation simultanée dans les autres organes splanchniques, ou même dans le reste de l'appareil génito-urinaire.

Le docteur Ancell est des plus explicites sur ce point : « Il est incontestable, dit-il, que le testicule peut se tuberculiser indépendamment des poumons ou de tout autre organe important à la vie, bien que le tubercule ne s'y développe jamais que sous l'influence de la constitution tuberculeuse (2). »

M. Dufour (3), préoccupé surtout, il est vrai, de la diathèse tuberculeuse, qui domine toute la pathologie du tubercule, admet aussi la prédisposition, dans les cas où il se développe des phénomènes locaux du côté des testicules; et ces manifestations ne sont qu'un symptôme précurseur d'une altération qui se généralisera, si déjà elle n'a envahi les poumons, le foie, etc.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1853, p. 355.

(2) Ancell, *loc. cit.*, p. 311.

(3) *Thèse inaugurale*, 1854.

Cependant je ne puis me ranger à cette opinion, car trop de faits viennent infirmer sa valeur. D'un côté, en effet, M. Andral, M. Louis affirment positivement que les tubercules pulmonaires retentissent rarement sur les organes génito-urinaires; d'un autre côté, M. Cruveilhier, M. Ricord ont suivi des malades pendant sept, neuf ans et davantage, sans remarquer de trouble dans les organes splanchniques. M. Velpeau a rapporté cinq autopsies d'individus qui avaient des testicules tuberculeux, sans altération dans les poumons ou les autres viscères; trois d'entre eux avaient succombé à une affection aiguë (pneumonie, fièvre typhoïde, péritonite, suite de variole), après avoir offert tous les attributs d'une bonne santé. Ainsi l'autopsie n'a rien fait découvrir dans les cavités splanchniques, qui se rattachât à la tuberculisation dont le testicule était le siège.

M. Vidal établit une distinction, suivant que les tubercules envahissent un seul, ou les deux testicules, sur un même individu. Il admet que la tuberculisation des testicules est liée à la diathèse tuberculeuse, toutes les fois qu'un seul testicule est affecté, tandis que, quand les deux sont pris, il y a moins à redouter pour les organes splanchniques. En supposant que cette opinion fût vraie quelquefois, elle souffre de nombreuses exceptions.

Mais s'il arrive bien souvent que le tubercule dans les testicules soit une manifestation locale, il ne faut pas oublier toutefois que cette maladie peut, dans bon nombre de cas, être liée à une tuberculisation pulmonaire plus ou moins avancée. Aussi l'observation attentive des faits permet-elle d'établir trois formes dans l'invasion et la marche de cette altération :

Formes. — 1° Tuberculisation testiculaire, coïncidant avec la tuberculisation pulmonaire, que les tubercules aient envahi le testicule primitivement ou consécutivement;

2° Tuberculisation du testicule, limitée à cette glande;

3° Tuberculisation des organes génito-urinaires; testicules, prostate, vésicules séminales, vessie, reins.

Cette division nous servira plus tard, quand nous parlerons de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement.

La première forme se retrouve surtout dans le jeune âge (Curling); les autres formes se rencontrent souvent à l'époque ordinaire de la tuberculisation des testicules, c'est-à-dire à l'âge de la puberté.

C'est presque toujours par l'épididyme que commence l'affection tuberculeuse des organes de la génération. Rien de plus commun qu'un épididyme tuberculeux avec un testicule sain, rien de plus rare que l'épididyme sain avec le testicule tuberculeux. « On pourrait, à l'exemple de M. Louis, établir une loi à cet égard : lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies génitales, il y en a dans l'épididyme. » (Ricord.) Cette loi souffre bien quelques exceptions.

Anatomie pathologique. — Le tubercule dans le testicule se rencontre surtout à la tête de l'épididyme, au *globus major*; quelquefois, cependant, on le voit débiter par le *globus minor*.

En tout cas, il se présente sous divers aspects. Tantôt il forme une seule masse, peu volumineuse, ou des petites masses isolées; tantôt ces différents produits ont envahi simultanément le testicule et l'épididyme; d'autres fois ils sont bien limités à ce dernier organe. On a vu quelquefois le dépôt tuberculeux semé sous forme de petites gouttelettes dans tout le parenchyme de la glande séminale. Ces différentes masses ont été étudiées à l'œil nu et au microscope. Elles se présentent sous la forme de noyaux plus ou moins gros, grisâtres, jaunâtres, friables, quelquefois un peu résistants. Ils ressemblent souvent à du pus concret. Le microscope y a trouvé, dans certains cas, les éléments, les corpuscules du tubercule; d'autres fois, il y a rencontré des éléments qui présentaient la plus grande analogie avec ceux du tubercule altéré. (Ch. Dufour.)

Ces petites masses peuvent rester assez longtemps station-

naires; elles peuvent même subir la *transformation crétacée*, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples à la Société anatomique; mais le plus ordinairement la matière dite tuberculeuse se ramollit, et alors se présentent d'autres lésions, que nous examinerons aussi brièvement que possible.

Toutefois, avant de le faire, nous dirons qu'à la rigueur, le tubercule peut se montrer aussi, et primitivement, dans la tunique vaginale, et se comporter à son égard comme à l'égard des autres séreuses, mais je ne connais pas de fait positif à invoquer à l'appui de cette assertion.

Si le tubercule se ramollit, la masse augmente et tend à se faire jour à l'extérieur, la tuméfaction devient plus considérable, et la production plus ou moins déliquescente; les parties voisines s'enflamment, la peau rougit, s'ulcère, et l'on trouve le tubercule, suivant la période à laquelle on l'examine, en voie de ramollissement, ou ramolli et mêlé à du pus.

La substance séminifère est plus ou moins rougeâtre, abreuvée de lymphes plastique, ou refoulée et comme condensée. Dans l'épididyme ou dans le testicule on rencontre une ou plusieurs cavernes, contenant de la matière tuberculeuse à ses divers états.

La peau est rouge et amincie; plus tard elle est ulcérée, et le scrotum nous présente un ou plusieurs trajets fistuleux. Souvent il existe une ulcération déchiquetée, fongueuse, sanieuse, dans le fond de laquelle on aperçoit une masse jaunâtre, grumeleuse, plus ou moins diffluite.

Les bords de l'ulcération sont minces, flasques, et sous la peau existent des décollements plus ou moins considérables. Quelquefois la substance testiculaire fait hernie à travers l'ulcération, et constitue un véritable champignon, un de ces fongus décrits par Lawrence, Ast. Cooper, MM. Curling, Jarjavay, Deville et plusieurs autres. Il arrive quelquefois que la plus grande partie des tubes séminifères a été éliminée, et qu'il reste une cavité qui occupe la place de l'épididyme ou du testicule.

Il est une autre variété de tubercule de cet organe que M. Gos-

selin a décrite dans une note particulière de sa traduction de M. Curling (1), et qu'on pourrait appeler tubercule excentrique. Dans les trois faits invoqués par M. Gosselin, la matière tuberculeuse avait, en partie, subi la transformation crétacée; ces petites masses, ces petits noyaux étaient comme appendus par un pédicule plus ou moins large à l'épididyme ou au canal déférent. Pour M. Gosselin, ces productions tuberculeuses ont d'abord pris naissance dans un des canaux de la glande, puis elles ont fait hernie à travers les parois de ces conduits, se sont pédiculées, et plus ou moins éloignées de leur point de départ.

Si le sujet est atteint de tubercules pulmonaires, on trouve des désordres caractéristiques du côté des poumons. — Souvent les ganglions mésentériques ou inguinaux sont envahis par le tubercule. — Plus souvent enfin d'autres altérations se rencontrent dans les diverses dépendances de l'appareil génito-urinaire; nous les passerons rapidement en revue.

Les parties génitales ne se prennent pas généralement en même temps ni au même degré; on trouve dans la *prostate* tantôt des productions tuberculeuses plus ou moins ramollies, occupant toute l'étendue de cet organe, tantôt disséminées dans son tissu, tantôt envahissant un de ses lobes, ou un de ses lobules.

Les *vésicules séminales* sont quelquefois remplies de matière tuberculeuse; d'autres fois on y trouve comme des grains tuberculeux semés à leur surface interne.

Le lieu d'élection des dépôts tuberculeux dans la *vessie* est le trigone vésical. Ici le tubercule se comporte comme dans les vésicules séminales, comme dans l'urèthre. Il est rare dans cet organe. M. Louis ne l'a rencontré que deux fois dans deux cents autopsies de phthisiques qu'il a faites. On en trouve quelques exemples dans les Bulletins de la Société anatomique, et dans la thèse de M. Dufour.

(1) Curling, *Maladies du testicule*, traduit par Gosselin, 2^e édit., p. 432.

On rencontre aussi parfois des tubercules dans l'*urèthre*. J'ai pu en observer aux séances de la Société anatomique, et les étudier avec soin. Je crois pouvoir affirmer que dans le plus grand nombre des cas, le tubercule est étalé en plaques à la surface de la membrane muqueuse, comme dans la vessie, dans les vésicules séminales, etc. Telle n'est pas cependant l'opinion du professeur Rokitanski. Pour cet auteur, il se développe d'abord dans le tissu cellulaire sous-muqueux des granulations grises, qui prennent rapidement la couleur jaune, se ramollissent, déterminent dans la muqueuse une inflammation ulcérate, et donnent ainsi naissance à des ulcérations circulaires qui dépassent rarement la dimension d'un pois ou d'une fève. Si l'affection suit une marche aiguë, la muqueuse s'enflamme par larges plaques sinueuses ou annulaires, ou bien elle est infiltrée dans une grande étendue par le produit de l'inflammation tuberculeuse, lequel se détache bientôt sous forme de masse caséuse et purulente. La muqueuse est remplacée alors par une membrane épaisse, jaune, fendillée et purulente. Le calibre du canal est augmenté dans les parties indemnes de tout dépôt tuberculeux; de nombreuses ulcérations aphtheuses, semblables à celles que l'on a décrites pour le larynx, s'observent fréquemment (1).

Les *uretères* sont quelquefois remplis de matière tuberculeuse; enfin les *reins* eux-mêmes présentent ces altérations à divers degrés, depuis les dépôts les plus limités jusqu'à la transformation de toute la substance du rein en une coque remplie de matière tuberculeuse. Je glisse rapidement sur ces dernières manifestations; j'ai surtout insisté sur celles qui offrent un grand intérêt au point de vue chirurgical.

Je citerai quelques observations qui achèveront de démontrer les diverses altérations que j'ai signalées.

(1) Ancell, *loc. cit.*, p. 186.

Tubercules des testicules, de la prostate, des vésicules séminales, de la vessie, de l'urèthre, et peut-être des uretères et des reins. Point de tubercules pulmonaires. (Observation tirée d'un mémoire de M. Bermond (1).)

Pougat, âgé de trente-deux ans, d'une constitution lymphatique, avait contracté, en mars 1832, une blennorrhagie qui, négligée pendant près d'un an, fut ensuite palliée par un traitement peu rationnel. Au mois de juin 1833, des douleurs sourdes et du gonflement se manifestèrent dans le testicule gauche qui augmenta de volume. Ces symptômes avaient été dissipés à l'aide de simples lotions et de cataplasmes émollients, lorsque cinq mois plus tard, le testicule droit devint à son tour douloureux et se tuméfia. Pougat s'en inquiéta peu, et se livra à des marches pénibles. Au mois d'août 1834, il aperçut à la partie externe du testicule gauche une tumeur qui s'abcéda et fournit du pus séreux, et d'une odeur fétide; même incurie. Une nouvelle tumeur se forma bientôt à la partie postérieure du même organe, elle s'abcéda, et il resta un nouvel ulcère fistuleux. Des pansements avec de la charpie et des cataplasmes furent continués jusqu'au mois d'avril 1835, époque à laquelle il survint une tumeur à l'aîne gauche: P... prit alors conseil d'un médecin d'Aurillac, qui ordonna des frictions mercurielles sur les cuisses, des bains, la tisane de salsepareille, et qui ouvrit la tumeur avec la pierre à cautère. Un pyalisme abondant força de suspendre les frictions au bout de huit jours. Loin de tendre vers la guérison, les testicules devinrent plus volumineux et plus sensibles. Pougat conçut des craintes pour son état, et se rendit à pied à Montpellier. Dès son entrée à l'hôpital Saint-Éloi, où il fut admis le 8 août 1835, il fut soumis à l'usage des bains, des saignées locales et d'un traitement mercuriel qui sembla exaspérer la maladie des deux testicules. Au mois de novembre,

(1) Bermond, *Essai sur les tubercules*. Montpellier, 1837, p. 116.

L'affection locale commença à exercer une fâcheuse influence sur toute l'économie. Les fonctions digestives se firent mal; *l'excrétion des urines, qui étaient devenues troubles*, s'accompagna d'une vive douleur de la verge; un léger écoulement urétral persistait encore.

22 novembre. Face altérée, anorexie, selles difficiles et rares, borborygmes incommodes, hypogastre douloureux à la pression. Deux ouvertures fistuleuses existent à l'aîne gauche; séparées l'une de l'autre par 1 pouce d'intervalle et ayant 2 lignes de diamètre, elles donnent issue à un pus de mauvaise nature. La sonde qu'on y introduit s'arrête à 1 pouce de profondeur. Les testicules ont le volume d'un œuf d'oie; le gauche a plus de dureté que l'autre, mais il est moins sensible à la pression; il n'est plus mobile dans le scrotum, et présente en plusieurs endroits de sa surface des ulcères qui sont pansés avec de la charpie et recouverts par des cataplasmes émollients.

Vers la fin du même mois, un dévoiement opiniâtre succède à la constipation. Rien de remarquable jusqu'au 4^{er} janvier 1836.

Ce jour-là, douleur aiguë à la partie postérieure et inférieure du côté droit du thorax avec gêne de la respiration, et autres symptômes qui révèlent concurremment avec les signes stéthoscopiques une pleuro-pneumonie dans la région correspondante.

M. Lallemand, qui a pris depuis peu le service, la combat avec le tartre stibié à haute dose, préférable aux saignées et aux vésicatoires, en raison de la faiblesse du malade et de l'état de ses organes génito-urinaires. Au bout de cinq jours, elle a complètement disparu, mais ce médicament a eu l'inconvénient d'exaspérer la diarrhée qu'on cherche à arrêter à l'aide de lavements laudanisés.

7 janvier. Pougat éprouve de vives douleurs quand il urine.

M. Lallemand introduit avec facilité *une sonde qu'il retire pleine d'une matière semblable à de la bouillie*; c'était du pus mêlé avec du sang.

12 janvier. Une nouvelle douleur se déclare au point du

thorax primitivement affecté avec gêne de la respiration. Une application de sangsues est suivie de peu d'effet.

Depuis ce moment, le pouls est resté fréquent ; les pommettes ont été habituellement colorées ; les forces ont décliné avec rapidité. Le malade s'éteint le 17 janvier 1836.

Autopsie (22 heures après la mort).

Thorax. — Côté droit. Épanchement pleurétique avec adhérences d'une organisation peu avancée. Poumon très pâle, en quelque sorte exsangue, excepté dans le lobe inférieur qui est très injecté et un peu ramolli. Côté gauche parfaitement sain. Le cœur et son enveloppe n'offrent non plus aucune altération.

Organes génito-urinaires. — Les reins ont leur tissu flasque ; leur bassin est rempli de mucosités purulentes, ainsi que les deux uretères. Vessie petite ; ses parois ont 3 lignes d'épaisseur ; sa membrane interne est épaissie et rougeâtre. La portion de l'urèthre comprise entre le bulbe et la prostate offre une injection très prononcée. La prostate est convertie en une coque fibreuse, son parenchyme a été presque complètement détruit. Le col de la vessie, et une partie de son bas-fond, se trouvent ainsi minés en dessous par une excavation pleine de pus épais, et dans laquelle s'ouvrent directement les vésicules séminales par un hiatus de 5 à 6 lignes de diamètre. Il ne reste plus de traces de canaux éjaculateurs au milieu de cette destruction énorme de toutes les parties. Les vésicules séminales sont remplies d'une matière purulente qui est sanieuse et noirâtre dans la gauche, tandis qu'elle est jaune dans la droite. Il ne reste du testicule gauche qu'un moignon en forme de calotte de sphère, converti en une sorte de bouillie noirâtre, sans vestiges de vaisseaux séminifères. Le testicule du côté opposé, du volume d'une pomme de reinette, ovoïde, régulier, offre de très gros noyaux de matière tuberculeuse, blanc jaunâtre, séparés par de simples lignes de substance testiculaire. Ces masses purulentes concrètes résistent à l'action du bistouri, comme du fromage un peu consistant ; une d'entre elles est à moitié changée en un

pus liquide. On rencontre aussi du pus liquide dans le conduit déférent correspondant, dont les parois ont augmenté d'épaisseur, et dont la cavité contient çà et là des *cylindres de substance jaunâtre, d'autant plus concrète*, qu'on se rapproche du testicule. Des adhérences existent entre les feuillets de la tunique vaginale du même testicule, excepté en quelques endroits où la sérosité est accumulée.

L'observation qui suit offre l'exemple de tubercules dans le testicule ayant succédé à des tubercules pulmonaires.

Le nommé Esslinger, âgé de quarante et un ans, est entré, le 2 juillet 1853, salle Saint-Lazare, 42, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade, né de parents bien constitués, dit avoir des frères et des sœurs qui tous jouissent d'une excellente santé. Il n'a jamais eu d'engorgements ganglionnaires dans son enfance.

En 1837, il eut une fluxion de poitrine.

En 1841, il fut affecté d'un chancre sur le fourreau de la verge, du volume d'une pièce de 10 sous, induré. Il n'eut pas de bubon inflammatoire; mais il eut un engorgement ganglionnaire multiple dans les deux aines; l'alopecie, les plaques muqueuses à l'anus, etc., survinrent quelque temps après. Le malade entra dans le service de M. Ricord, où il ne resta que quelques jours. Depuis, il n'a été repris d'aucun accident de syphilis constitutionnelle, bien qu'il affirme n'avoir jamais fait aucun traitement.

En décembre 1851, le malade entre dans le service de M. Louis, pour une pleurésie à gauche; il sortit au bout de quelques mois, mal guéri, mais néanmoins il put reprendre son travail. Depuis cette époque, il a toujours continué à tousser.

En 1852, vers le milieu de l'année, il s'est aperçu d'un gonflement du testicule droit, qui s'accompagna de douleurs; six mois plus tard, vers le mois de janvier 1853, le testicule gauche s'est pris à son tour. Vers la même époque, c'est-à-dire vers le mois de janvier, le malade commença à uriner avec difficulté. Les érections devinrent de moins en moins fréquentes et finirent par disparaître complètement.

Depuis plusieurs mois, le malade, renfermé à la Conciergerie, y a contracté une entérite qui l'a épuisé et réduit au dernier degré du marasme.

État actuel. — Le malade présente une maigreur excessive de tout le corps ; le membre supérieur gauche est notablement moins volumineux que le droit, et depuis deux ans il est devenu de plus en plus faible, ce qui fait penser à une atrophie musculaire partielle. Le pouls est petit et accéléré. La voix n'est pas altérée ; la respiration est suspicieuse, quelquefois entrecoupée ; elle se fait surtout par le soulèvement des dernières côtes. En appliquant l'oreille sur le thorax, on reconnaît l'existence de râles sous-crépitants dans une grande étendue des deux poumons.

La langue est sèche, la soif vive, la déglutition très difficile ; l'appétit est presque nul ; la diarrhée persiste.

Les deux testicules présentent un gonflement considérable. A droite il existe un épanchement dans la tunique vaginale. En explorant ces deux glandes, on reconnaît qu'elles sont développées très régulièrement, qu'elles n'offrent pas de bosselures et qu'elles présentent à leur surface quelques rugosités, ce qui est signalé comme un caractère des testicules vénériens ; elles offrent à peu près le volume d'un gros œuf de poule. Le canal déférent droit est un peu volumineux et bosselé.

Le malade se plaignant de difficulté à uriner, on pratique le toucher rectal et le cathétérisme. Le toucher indique un développement de la prostate, qui fait saillie dans l'ampoule rectale ; le cathétérisme montre qu'il n'existe pas d'obstacle dans toute l'étendue de l'urèthre, et la sonde arrive facilement dans la vessie.

Le malade a succombé le 17 juillet, dans le dernier degré de consommation.

Autopsie. — Les deux poumons sont farcis de tubercules miliaires crus ou ramollis ; il existe, à gauche et au sommet, deux ou trois petites cavernes. La plèvre gauche contient environ un litre de pus ; elle est tapissée de fausses membranes épaisses. Rien de remarquable dans le cœur, dans le foie, dans la rate.

dans les reins, dans les intestins. Les organes génitaux ont surtout attiré notre attention. Les testicules, du volume d'un œuf, ne présentent rien de remarquable extérieurement, à part quelques petits mamelons peu saillants qu'on trouve sur la tunique albuginée. A la coupe, on trouve du côté droit une masse tuberculeuse non ramollie, qui a remplacé presque entièrement la substance glandulaire.

Malgré sa teinte jaunâtre, cette masse pourrait être prise pour du tissu fibro-plastique ; elle a été examinée au microscope par M. Gosselin, qui n'y a trouvé aucun élément fibro-plastique, et a au contraire découvert l'élément tuberculeux. D'ailleurs, l'incertitude ne pourrait exister, même à simple vue, pour l'épididyme ; en effet, dans cet organe, le tubercule est arrivé à la période de ramollissement, et se présente sous forme d'une matière jaune grumeleuse. Le canal déférent du même côté présente dans sa longueur deux ou trois bosselures qu'à l'incision on trouve être formées par de la matière tuberculeuse. Il cesse d'être tuberculeux à 1 décimètre au-dessus du testicule. Du côté gauche, la lésion est moins avancée ; le tubercule est infiltré au milieu de la matière glandulaire ; il forme dans l'épididyme une masse compacte jaune, qui n'est pas encore arrivée au ramollissement. Il se propage dans une petite étendue du canal déférent, au-dessus de l'épididyme.

Après avoir fait la coupe des pubis et enlevé tous les organes contenus dans le petit bassin, on incise l'urètre d'avant en arrière, dans toute son étendue, jusqu'à la vessie. La prostate, du volume d'un œuf, est convertie en une masse tuberculeuse, et il ne reste presque plus de traces de la substance glandulaire. Les glandes de Méry ne sont nullement altérées et conservent leur volume normal.

Les vésicules séminales sont tuberculeuses ; celle du côté droit, double du volume normal à peu près, est entièrement envahie par le tubercule, ainsi qu'une certaine étendue du canal déférent correspondant ; celle du côté gauche, est atrophiée, mais

présente néanmoins, ainsi que le canal déférent du même côté, de petits noyaux tuberculeux.

La muqueuse de l'urèthre et celle de la vessie ne présentent aucune altération. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 241.)

Les tubercules dans le testicule se présentent à l'observation du chirurgien avec des signes variables, suivant l'époque de l'évolution à laquelle on les examine, suivant les désordres concomitants que l'on observe dans d'autres organes.

Nous passerons successivement en revue les symptômes du côté du testicule, et du côté des autres organes envahis par le produit pathologique.

Symptômes des tubercules dans le testicule.

Les altérations du testicule nous offrent trois états différents :

- 1° État indolent, latent, franchement chronique ;
- 2° État douloureux, inflammatoire, franchement aigu ;
- 3° État d'ulcération, d'élimination.

1° Au début, que le tubercule succède à un état subinflammatoire de l'épididyme ou du testicule, ou qu'il se soit développé d'emblée dans cette glande, les malades n'éprouvent aucune douleur. Le testicule présente une augmentation de volume variable ; on sent une ou plusieurs bosselures irrégulières, indolentes, assez dures, qui occupent d'abord un seul testicule, quelquefois les deux testicules simultanément. Cette induration siège, en général, au niveau du globus major de l'épididyme, ainsi que je l'ai indiqué plus haut. Point de rougeur ni de gonflement du scrotum, point de réaction. Quelquefois on trouve un léger épanchement dans la tunique vaginale ; mais cet accident indique ordinairement le passage de la première à la seconde période. Le reste de la substance testiculaire présente les caractères normaux de cette glande.

2° Après un temps plus ou moins long et très variable, la scène change. L'épididyme, le testicule se gonflent, deviennent douloureux. Il y a de la fièvre, quelquefois continue, assez sou-

vent revenant à intervalles irréguliers. Le scrotum rougit, s'œdématise dans certains cas; du liquide s'épanche dans la tunique vaginale, ou devient plus abondant, s'il en existe déjà. Le cordon est sensible, douloureux à la pression; les noyaux sont plus considérables, ramollis, douloureux au toucher, et bientôt la fluctuation s'y manifeste. Des adhérences s'établissent entre ces bosselures ramollies et la peau du scrotum. Celle-ci, en ce point, prend une teinte d'un rouge brun noirâtre, elle s'aminecit. Si plusieurs bosselures existent dans le testicule et dans l'épididyme, les unes présentent les caractères que je viens de décrire, les autres sont peu sensibles, peu ramollies, d'autres mêmes peuvent rester parfaitement indolentes. Après un temps qui varie de huit et dix jours à deux ou plusieurs septénaires, la peau s'ulcère sur les points ramollis, les symptômes de réaction tombent, puis arrive la troisième période.

3^o Par l'ulcération dont je viens de parler, s'écoule une petite quantité de pus séreux, mal lié, mêlé souvent de flocons, d'aspect albumineux; quelquefois aussi il s'en écoule des grumeaux jaunâtres.

Cette ouverture persiste, ou bien elle s'agrandit et donne lieu à un véritable ulcère, dont l'étendue dépasse rarement celle d'une pièce de vingt centimes. Cet ulcère a un fond grisâtre, et présente des bords déchiquetés ou comme taillés à l'emporte-pièce. Au fond de l'ulcération, on aperçoit un grumeau épais, jaunâtre, ressemblant à du pus concret, et quelquefois même à un bourbillon.

S'il existe un ou plusieurs trajets fistuleux, le stylet pénètre à une profondeur variable; dans certains cas, ces trajets communiquent entre eux. Les bords de l'ulcère, la peau qui avoisine les trajets fistuleux sont amincis, décollés. Enfin, après un temps variable, la suppuration se tarit, et il reste une cicatrice adhérente à la glande séminale.

Si les deux testicules sont engorgés, s'ils participent à l'altération, tantôt l'inflammation s'empare des deux organes à la

fois, tantôt, et le plus souvent, elle ne les atteint qu'à des intervalles variables. Dans une même glande, s'il existe plusieurs noyaux indurés, l'inflammation s'empare successivement de chacun d'eux, et à des époques plus ou moins rapprochées, on voit se dérouler la série des accidents que je viens de décrire.

Il arrive souvent que les trajets fistuleux persistent des mois, des années même. Il peut arriver aussi que l'on soit appelé à assister à un de ces fungus testiculaires dont j'ai déjà parlé. Je citerai un exemple curieux de cette complication, quand je parlerai du traitement. Au milieu des fongosités, on trouve, dans certains cas, des trajets fistuleux par lesquels s'échappe un pus granuleux, en général peu abondant.

On a signalé l'écoulement par ces trajets fistuleux, par ces ulcérations, d'un liquide gluant que l'on a regardé comme étant constitué par du sperme. J'ai souvent observé ces écoulements; j'ai examiné le liquide au microscope, et dans aucun cas je n'ai pu constater qu'il s'agissait bien de liqueur séminale. On a attribué à tort, selon moi, à l'écoulement de ce liquide, la persistance des trajets fistuleux, dont on n'a pas besoin de chercher si loin l'explication.

Symptômes tirés de l'altération des organes voisins, ou des organes renfermés dans les cavités splanchniques.

Les malades chez lesquels on observe les désordres locaux dont il vient d'être question ont, en général, une santé délicate: ils sont pâles, anémiques, et présentent tous les signes d'une constitution lymphatique. Chez quelques-uns, même avant le début des accidents locaux, on trouve les signes de la tuberculisation pulmonaire; chez d'autres, ces signes sont consécutifs à l'invasion des tubercules dans le testicule. Souvent, même après des années (voir l'Observation de M. Bermond), il n'y a aucun symptôme du côté des organes splanchniques. Il faut donc toujours s'assurer de l'état des viscères intérieurs et à toutes les périodes de la maladie locale.

Si la suppuration est longue, si les trajets fistuleux sont nombreux, si le malade est d'une constitution délicate, on pourra observer les signes de l'affaiblissement général, de l'hectisie, sans cependant trouver des signes de tuberculisation pulmonaire; mais si la tuberculisation, au lieu de rester localisée, a envahi une étendue plus ou moins considérable de l'appareil génito-urinaire, et même les ganglions inguinaux, lombaires, mésentériques, on pourra observer du gonflement, quelquefois même les signes d'une tuberculisation de ces organes.

Il n'est vraiment pas très rare de rencontrer des signes qui annoncent que la maladie n'est pas limitée au testicule, mais a envahi une partie ou la totalité des différents organes de l'appareil génito-urinaire. Par le toucher rectal, on trouve une prostate volumineuse, bosselée, parfois douloureuse; les vésicules séminales sont distendues, fongueuses. Dans quelques circonstances, le canal déférent lui-même est bosselé, moniliforme.

Du côté de la vessie, on observe, dans certains cas, des signes de cystite; l'urine est trouble, purulente; il y a des signes de rétrécissement de l'urètre. La sonde, introduite dans le canal, peut être ramenée chargée de matière tuberculeuse. (Bermond, obs. cit.)

Du côté des reins, ainsi que le remarque M. Lebert, il existe chez certains malades un gonflement appréciable au toucher à travers les parois abdominales et souvent accompagné de douleurs caractéristiques. Enfin, l'examen du pus qui s'échappe des trajets fistuleux, l'examen de l'urine purulente, peut faire reconnaître les éléments du tubercule plus ou moins altérés (Dufour). Les tubercules *excentriques* du testicule se présentent sous forme de petites masses assez libres, tenant toujours à un point de la glande, dures (elles étaient crétaées dans les faits cités par M. Gosselin), finement bosselées. Il semble, d'après ces trois observations, que cette forme soit surtout l'indice d'une manifestation bien localisée. La *marche* de cette affection est variable. Il peut arriver que le tubercule passe à l'état crétaé, et persiste

toute la vie sans déterminer d'accidents : ce fait est rare. La marche, la durée de la maladie, dépendent de la rapidité avec laquelle le tubercule a passé par ses diverses périodes, du nombre et du volume des noyaux tuberculeux. La durée peut être de quelques mois à quatre, cinq, six ans et davantage.

Le pronostic est toujours très grave, si l'on songe combien est compromise l'intégrité des organes génitaux. Quand on réfléchit à la facilité avec laquelle surviennent les oblitérations des voies spermatiques, à ces noyaux indurés qui sont le résultat des orchites blennorrhagiques ou autres, et qui suffisent pour déterminer la stérilité permanente ou temporaire (Gosselin), on voit tout de suite que les tubercules du testicule ont toujours, sous ce rapport, une certaine importance. Quant à la vie, elle peut être compromise de plusieurs manières : ou par la tuberculisation des organes intérieurs ou par celle des organes génito-urinaires. Mais, hâtons-nous de le répéter, *le tubercule du testicule est souvent une manifestation purement locale, et reste à l'état de manifestation locale de la diathèse tuberculeuse.*

On est frappé surtout de la lenteur de la marche de l'altération chez les sujets d'un âge moyen de 35 à 45 ans et plus, et de son accélération chez les sujets arrivés à l'âge de la puberté. Il semble que la rapidité du développement soit en rapport avec l'activité de la glande. On rencontre assez fréquemment dans les hôpitaux de ces noyaux indurés, à forme particulière, que l'on appelle tuberculeux, et qui existent à l'état indolent et persistent quelquefois indéfiniment sans donner lieu à aucun accident, soit local, soit général. On serait même, en présence de ces faits, porté à douter de l'existence du tubercule, et ce serait surtout pour ces cas qu'on songerait volontiers à du *pseudo-tubercule*. Mais j'ai pu, dans quelques circonstances, en faisant avec M. Gosselin des recherches sur les organes génitaux de cadavres apportés à l'École pratique, j'ai pu, dis-je, m'assurer que les noyaux indurés que présentaient l'un ou les deux testicules étaient des tubercules crus. Il est une autre ré-

flexion qui m'a été inspirée par cette considération que les tubercules des organes génitaux étaient souvent parfaitement localisés. Chez les jeunes gens qui présentent des tubercules testiculaires, les facultés viriles sont moins développées, leur ardeur est diminuée, et l'on sait que les abus de coit, les excès qui les accompagnent, et l'affaiblissement qui en résulte, sont une cause fréquente de développement de tubercules pulmonaires chez des sujets déjà prédisposés.

Or, il n'est pas impossible que l'abstinence, la conduite régulière, un régime convenable, jouent un certain rôle dans l'explication de l'immunité que l'on remarque, dans ces circonstances, du côté des organes splanchniques.

Le diagnostic de cette affection doit être établi à ses diverses périodes. Au début, on peut la confondre avec un engorgement testiculaire chronique, un sarcocèle syphilitique, des indurations épидидymaires, suites d'orchite antérieure.

Dans le premier cas, on n'a point de noyau distinct, on ne sent pas cette dureté, ces bosselures que j'ai signalées. L'affection tuberculeuse est plus indolente, s'accompagne de moins de gêne, et le siège habituel de l'induration est le *nodus major*. S'il existe un épanchement dans la tunique vaginale, le diagnostic pourra être plus obscur; mais avec un peu de soin, il deviendra plus facile, quand surtout on aura évacué la sérosité. Notez encore que vous trouverez des signes précis dans l'étude de la constitution des malades, et, quelquefois aussi, dans l'examen des viscères splanchniques, dans le toucher rectal, etc. Pour le testicule syphilitique, le diagnostic est souvent plus facile encore : épидидyme, et surtout testicule uniformément tuméfiés; appétits vénériens diminués ou absents; examen des antécédents; signes tirés du toucher rectal, etc.

Pour les indurations épидидymaires, elles surviennent à la suite d'accidents inflammatoires; elles siègent presque toujours vers le *nodus minor*; la santé, la constitution du sujet sont bonnes. On n'a pas oublié que le tubercule peut se développer,

occasionnellement, à la suite de ces dépôts plastiques; c'est la marche ultérieure des accidents qui éclairera le diagnostic, s'il reste quelques doutes.

A la deuxième période, il ne peut se présenter quelque embarras que si l'on n'a recueilli aucun renseignement sur les antécédents du malade. S'il est permis d'hésiter un instant, c'est à cause de la possibilité d'une orchite. Or, cette inflammation ne survient pas spontanément; elle succède à un effort, à une violence extérieure, à une irritation des voies génito-urinaires, et elle n'est pas précédée d'une induration dans l'épididyme ou le testicule.

A la troisième période, les trajets fistuleux, l'état de la peau, la nature du pus, et, dans certains cas, l'ulcération, les grumeaux caractéristiques que l'on trouve au fond de cette ulcération ou dans le pus qui s'en écoule peuvent servir à établir nettement le diagnostic. Il n'est pas possible de confondre cette ulcération avec les ulcérations syphilitiques, scrofuleuses, cancéreuses, etc.; je ne m'y arrêterai pas plus longtemps.

Quant au diagnostic des complications, s'il s'agit d'altérations dans les cavités splanchniques, il existe des symptômes caractéristiques; si la prostate, les vésicules séminales sont malades, on a comme moyen de diagnostic le toucher rectal; pour l'urètre ou la vessie, les urines purulentes, le cathétérisme, etc.

On ne confondra pas non plus le tubercule du testicule avec le cancer de cet organe, à cause de sa marche si lente, de ses bosselures, de son siège, des signes tirés de l'examen des parties voisines. Le cancer, comme le dit M. Ricord, se propage en suivant les vaisseaux et gagne les ganglions; le tubercule se propage en suivant les canaux naturels des organes génito-urinaires. Il est cependant des cas embarrassants; j'en rapporterai un remarquable en parlant du traitement.

Quant au fungus bénin du testicule, on le distinguera en général du fungus tuberculeux par les antécédents de la maladie, sa marche, la qualité du pus, l'existence de trajets fistuleux, etc.

Le tubercule excentrique se reconnaîtra à sa consistance, à sa forme, à sa mobilité, à son pédicule, à sa marche.

Les tubercules peuvent-ils se résorber complètement? M. Velpeau, dans son remarquable article du Dictionnaire, n'admet pas cette terminaison. M. Vidal en cite un exemple (1). Mais on a dû confondre la tuberculisation du testicule avec une autre affection. Le vrai tubercule, une fois déposé, doit être éliminé, ou se transformer en matière crétacée.

Traitement. — Ici encore, comme pour tous les organes que je passe successivement en revue, il faut inscrire en tête de la thérapeutique : *Traitement général* (huile de foie de morue, iodure de potassium, sirop et tisanes amères, toniques, ferrugineux, etc.). Je ne m'y arrêterai pas plus longtemps. *Traitement local* : l'indication qui ressort de tout ce qui a été dit précédemment est celle-ci : diriger le travail de la nature sans trop se hâter d'agir. Ici, comme pour les tubercules des os, si l'on se hâte trop d'inciser les bosselures ramollies, il arrivera souvent que la matière tuberculeuse ne sera pas assez ramollie pour pouvoir être éliminée ; les incisions seront prématurées et même inutiles.

Première période. — Lorsque le tubercule est encore à l'état indolent, l'on pourra avoir recours aux topiques résolutifs : frictions mercurielles, iodurées, badigeonnage avec la teinture d'iode, etc., moyens aidés de la suspension, et mieux, dans certains cas, d'une compression modérée et bien faite.

Deuxième période. — Plus tard, quand le tubercule ramolli tend à s'éliminer, qu'il se développe un travail inflammatoire, on pourra, suivant la constitution du malade, avoir recours à une émission sanguine générale, ou à des émissions sanguines locales ; on emploiera des cataplasmes ; on fera des frictions mercurielles, on pourra même, ainsi que M. Velpeau l'a recom-

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. XI, p. 107.

mandé, couvrir toute la tumeur d'un emplâtre d'onguent de la mère.

Troisième période. — Mais quand la peau amincie indiquera que l'abcès tend à s'ouvrir, on doit faire une incision suffisamment large, pour que la matière tuberculeuse sorte facilement. Si la douleur était violente, on pourrait inciser même de bonne heure ; continuer alors les cataplasmes, et, quand l'inflammation serait tombée, recourir aux frictions résolatives, comme il a été dit plus haut. S'il existe plusieurs trajets fistuleux, on pourra les réunir en une seule plaie ; si la peau est décollée, amincie, si les bords sont relevés, on touchera le fond de la plaie avec de la teinture d'iode, et on excisera les lambeaux qui n'ont aucune tendance à se recouvrir de bourgeons charnus. On a recommandé des injections dans les trajets fistuleux avec une solution caustique ou astringente ; des injections d'une solution de nitrate d'argent, ou même de teinture d'iode, etc. A. Bérard recommandait d'inciser ces abcès de bonne heure, et d'exciser le produit morbide. M. Malgaigne a renouvelé cette opération, qui devint, en 1851, le sujet d'une discussion au sein de l'Académie de médecine. Je n'insisterai pas sur cette opération ; je rappellerai seulement qu'elle a été utilement employée dans les cas de fungus bénin du testicule. Cette *résection* peut se faire à l'aide de caustiques ou de l'instrument tranchant. Les caustiques sont appliqués de deux manières : ou bien, directement, sur le point que l'on veut détruire ; ou bien, en lardant le produit morbide à l'aide de caustiques, ainsi que l'a fait M. Thierry (1). Pour le tubercule excentrique, la facilité de l'opération, son peu de gravité, permettent et indiquent même son extirpation, surtout s'il y a de la suppuration des trajets fistuleux, etc.

S'il existe une hydrocèle, on pourra imiter la conduite de M. Velpeau, dans le fait que je rapporterai plus loin.

Dans la presque totalité des cas de tubercule du testicule, la

(1) Thierry, *Revue médico-chirurgicale*, t. XIV, p. 298.

castration est proscrite par le chirurgien. Cependant, il est des circonstances où cette opération doit être pratiquée. Ainsi, elle était parfaitement indiquée dans l'observation de M. Michon que l'on va lire. Elle est encore indiquée, *quand la maladie est bien limitée au testicule*, et que la suppuration, les douleurs plus ou moins vives, le poids de la tumeur, font courir des dangers réels au malade. Enfin, et pour clore ce chapitre, si le tubercule est passé à l'état crétaqué, à moins de symptômes spéciaux, il ne faut pas entreprendre de traitement local : c'est une terminaison heureuse de la maladie, et il faut bien se garder de la compromettre par des manœuvres maladroites ou par des remèdes intempestifs.

Testicule tuberculeux. — Castration.

L'opération a été pratiquée par M. Michon; la pièce a été présentée à la Société anatomique par M. Denucé.

« Le malade s'était aperçu, un an auparavant, qu'il existait une grosseur au testicule. Cette grosseur avait promptement pris toute la glande et avait augmenté petit à petit. Elle a dans ce moment le volume d'un gros œuf. La tumeur s'était ramollie sur un point et s'était ulcérée. Par cette ulcération avait coulé une certaine quantité de pus, et puis des phénomènes curieux s'étaient produits. D'abord par l'ulcération était sorti, en s'étalant à l'extérieur, un véritable champignon de fongosités ressemblant à ces champignons si connus de matière encéphaloïde. Ensuite, à deux reprises différentes, ce champignon avait donné lieu à une hémorrhagie rebelle. La seconde avait eu lieu la veille de l'opération, dans le cabinet même de M. Michon, et l'on avait eu beaucoup de peine à l'arrêter. M. Michon pensa qu'il avait affaire à une tumeur encéphaloïde du testicule; cependant il faisait quelques réserves en se fondant sur l'âge, l'état du malade, sur le début de la maladie, sur son siège au moment où elle s'était déclarée, et sur cette ulcération, qui d'abord avait donné lieu à de la suppuration.

» Heureusement ce testicule n'était pas de nature encéphaloïde.

» A la coupe, continue M. Denucé, on a trouvé dans toute l'épaisseur du testicule une trentaine de noyaux, les uns gros comme un pois, les autres comme le bout du petit doigt, parfaitement distincts les uns des autres, nettement limités, nettement séparés. »

Cette forme de tubercules rappelle tout de suite celle que l'on observe dans les reins, dans l'épididyme, et sur laquelle MM. Broca et Verneuil ont spécialement appelé l'attention dans ces derniers temps. Ce sont des noyaux tuberculeux se développant sur la muqueuse, dans des cavités, dans des conduits.

Ici bien évidemment ce sont des amas tuberculeux qui ont leur siège dans les conduits séminifères très dilatés pour les recevoir. (*Bull. Soc. anat.*, 1854, p. 163.)

*Tuberculisation du testicule et hydrocèle traitées
par l'injection iodée.*

« Un malade entré à la Charité avec une affection tuberculeuse du testicule gauche et une hydrocèle a été traité par l'injection iodée, comme pour une hydrocèle simple; il a guéri. Semblable chose est survenue à droite; nous avons le projet de nous en tenir au même traitement.

» Nous possédons déjà une douzaine de faits semblables qui nous prouvent que, quand l'hydrocèle existe avec un testicule tuberculeux, l'injection iodée suffit quelquefois. On ne nous fera pas dire, j'espère, qu'on guérit toutes les tuberculisations du testicule par l'injection iodée? Nous avançons seulement que l'iode, dans ces cas, est d'une utilité incontestable, et ceci est un résultat en opposition avec certaines idées. Ainsi, quand on regarde l'hydrocèle qui survient avec un testicule tuberculeux comme une des conséquences de la tuberculisation, il semble singulier qu'en attaquant l'effet on se trouve combattre la cause. C'est ce que les faits démontrent pourtant. » (*Clinique de M. Velpeau; Gaz. des hôp.*, 1846, p. 219.)

CHAPITRE III.

TUBERCULES DANS LES GANGLIONS.

Je n'ai pas besoin de rappeler, en commençant ce chapitre, que j'ai surtout en vue les ganglions extérieurs.

On rencontre dans les ganglions de la matière tuberculeuse à différents degrés, depuis le tubercule à la période de crudité jusqu'au tubercule à la période de ramollissement, depuis le tubercule à l'état indolent jusqu'au tubercule en voie d'élimination.

Cette partie du sujet a été examinée par presque tous les auteurs qui ont parlé des tumeurs ganglionnaires. Mais jusqu'à présent, si l'on en excepte M. Lebert, dans son livre (*Traité du tubercule et de la scrofule*), on s'est surtout occupé de l'engorgement ganglionnaire, sans faire ressortir d'une manière spéciale l'existence du dépôt tuberculeux, sans prendre garde si le dépôt tuberculeux existait seul, s'il était accompagné d'engorgement des ganglions voisins, s'il avait succédé à un engorgement glandulaire préexistant. Je resterai dans les limites de mon sujet, et ici, comme dans les articles précédents, je m'occuperai des tubercules dans les ganglions, en portant tout spécialement mon attention sur la partie clinique de mon sujet, sur le diagnostic et le traitement.

Forme. — Les tubercules dans les ganglions se présentent sous deux aspects différents : ou bien ils constituent un seul dépôt qui envahit tout le ganglion, ou bien on les retrouve sous forme de petits noyaux disséminés dans ces organes.

Si j'ai insisté, dans les chapitres précédents, sur l'*anatomie pathologique* des lésions que j'ai passées en revue, il n'en sera pas de même à propos des ganglions lymphatiques. Je n'aurai, au besoin, qu'à renvoyer à ce qui est écrit dans les ouvrages de médecine sur la tuberculisation des ganglions bronchiques, mésentériques, etc.

B.

9

Le dépôt tuberculeux n'offre rien de particulier dans les ganglions extérieurs, au point de vue anatomique. Ces tubercules glandulaires existent souvent, même chez les enfants, sans complications du côté du poumon, ou des viscères importants. M. Velpeau (1823) avait déjà fait cette remarque à propos des ganglions bronchiques. Sur un relevé de 158 malades atteints de tubercule dans les ganglions, M. Lebert n'a trouvé que 37 individus ayant des tubercules dans les poumons (p. 124).

Les 158 cas de tubercules glandulaires étaient répartis de la manière suivante (p. 126) :

Hommes.		Femmes.	
Cou seul.....	56	Cou seul.....	52
Aisselles seules.....	4	Aisselles seules.....	4
Aine seule.....	2	Aine seule.....	1
Au cou et près des clavicules....	3	Sein seul.....	1
Au cou et dans l'aisselle.....	4	Cou et aisselle.....	5
Au cou et près du sternum.....	1	Cou et méésentère.....	3
Au cou et à l'aine.....	3	Cou et près du sternum.....	2
Au cou et à la figure.....	2	Bras et aisselle.....	2
A la figure et à l'aine.....	1	Cou et sur la clavicule.....	2
Au bras et au cou.....	2	Cou et figure.....	1
Au cou, près de la clavicule et à l'aisselle.....	2	Cou, aisselle et bras.....	1
		Cou et nuque.....	1
		Cou, aine et glandes bronchiques..	1
Total.....	80	Sein, aisselle et sous-pectorale...	1
		Cou et sein.....	1
		Total.....	78
Pour le cou.....	69	Pour le cou.....	69

La fréquence de ces tumeurs est sensiblement la même, quel que soit le sexe des malades, surtout pour le cou.

C'est de quinze à vingt ans qu'on observe surtout les glandes lymphatiques tuberculeuses; c'est de cinq à dix ans que les tubercules pulmonaires compliquent le plus ordinairement les tubercules ganglionnaires. J'emprunte le tableau suivant au livre de M. Lebert (p. 134 et 135) :

Engorgements tuberculeux des glandes extérieures avec ou sans complication.

Age.			Tubercules pulmonaires.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
1 à 5 ans...	1	»	»	1
5 à 10 ans...	9	4	2	1
10 à 15 ans...	6	15	3	»
15 à 20 ans...	11	9	»	1
20 à 25 ans...	2	3	»	»
25 à 30 ans...	1	1	»	»
30 à 35 ans...	1	»	»	»
35 à 40 ans...	1	2	»	2
48 à 45 ans...	1	»	»	»
	33	34	5	5
	67		10	
	77			

L'adénite cervicale, comme l'a dit M. Larrey, et surtout l'adénite tuberculeuse, est fréquente chez les jeunes soldats. On en observe de nombreux exemples dans les hôpitaux militaires. Cette considération vient infirmer en partie le tableau de M. Lebert sur la fréquence de ces tumeurs par rapport à l'âge des malades.

Suivant la plupart des auteurs, la tuberculisation des ganglions lymphatiques, de même que la scrofule, retarderait l'époque de la menstruation chez les jeunes filles.

Toutes ces considérations ont de l'importance au point de vue le plus général de la tuberculisation des ganglions, pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Les engorgements ganglionnaires tuberculeux présentent plusieurs phases, suivant la période d'évolution à laquelle est arrivé le produit morbide. On peut encore ici, comme pour le testicule, admettre trois états différents.

- 1° État indolent, latent, chronique ;
- 2° État inflammatoire aigu ou subaigu ;
- 3° État de suppuration ou d'élimination.

Nous allons passer en revue la symptomatologie à ces divers degrés.

Symptômes, causes. — 1° La tumeur ganglionnaire tuberculeuse peut être simple ou composée, formée d'un seul ganglion, ou constituée par plusieurs glandes lymphatiques réunies en une seule masse.

Au début, un ou plusieurs engorgements ganglionnaires apparaissent, le plus souvent au cou (c'est le siège de prédilection de ces tumeurs), d'autres fois, dans une ou plusieurs régions : le ganglion forme une petite tumeur, bien limitée, bien circonscrite, sans réaction inflammatoire, sans changement de couleur à la peau.

Il arrive souvent, toutefois, que le tubercule se dépose dans un ganglion qui est déjà le siège d'une inflammation ou d'une subinflammation, ou bien dans les ganglions si souvent engorgés chez les jeunes sujets lymphatiques. Cette inflammation, cette hypertrophie préalable des ganglions, devient la cause occasionnelle de la tuberculisation de ces organes ; il en est de l'engorgement préalable des ganglions comme de l'induration épидидymaire pour le tubercule du testicule.

La tumeur au début est mollassé, fongueuse, quelquefois élastique ; bientôt le dépôt tuberculeux augmente, se ramollit et alors la tumeur devient mollassé, pâteuse, et donne sous le doigt la sensation d'un kyste sébacé.

Cet état peut durer des semaines, des mois et même des années. Mais le plus ordinairement le tubercule tend à s'éliminer, il survient une subinflammation, les ganglions voisins s'engorgent et viennent se confondre avec le ganglion primitivement affecté. Ces ganglions eux-mêmes peuvent s'infiltrer de tubercules, ou rester seulement à l'état d'induration simple.

2° La peau rougit; c'est la seconde période qui commence. La rougeur est d'abord livide, puis noirâtre.

3° La peau s'amincit, s'ulcère, et par l'ulcération, ou par des trajets fistuleux, s'écoule petit à petit du pus mal lié, floconneux, mêlé de grumeaux jaunâtres, *tuberculeux*. Nous reviendrons tout à l'heure sur ces ulcérations et sur ces trajets fistuleux.

Le passage de la seconde à la troisième période se fait en général assez promptement, dans l'espace de six, huit ou quinze jours au plus. La matière tuberculeuse s'élimine plus ou moins vite; quelquefois elle entretient une suppuration qui dure plusieurs mois et même davantage.

Enfin, le trajet fistuleux ou l'ulcère se déterge, se cicatrise, la guérison arrive.

Si les ganglions voisins sont tuméfiés, leur engorgement peut persister indéfiniment ou disparaître spontanément, mais surtout sous l'influence d'un traitement convenable; s'ils sont infiltrés de matière tuberculeuse, ils passent tôt ou tard par les mêmes phases d'évolution que celui qui a été primitivement affecté.

Il n'est pas rare (fait de M. Lebert, rapporté plus bas), après une période de répit qui a duré plus ou moins longtemps, de voir survenir, soit dans le voisinage, soit dans une région plus ou moins éloignée, une ou plusieurs *récidives*. Il semble que la diathèse, un moment assoupie, se réveille par intervalles pour se traduire à nous par d'autres manifestations.

Il arrive quelquefois que le tubercule se transforme sur place, sans donner lieu à des accidents inflammatoires, et passe à l'état crétaqué. La tumeur est alors indolente, mobile, ferme, comme pierreuse par places; cette terminaison est assez rare pour les ganglions extérieurs.

Chez certains sujets, d'une assez mauvaise constitution d'ailleurs, à la suite d'accidents syphilitiques, on a vu les ganglions de la région inguinale se remplir assez rapidement de matière tuberculeuse.

S'il existe plusieurs ganglions tuberculeux formant une

seule masse, ou bien des tumeurs distinctes, la période de ramollissement n'arrive pas au même degré en même temps pour toutes les bosselures, de façon que, sur une seule tumeur, on peut rencontrer les trois périodes réunies. J'ai vu, il y a quelques jours, une de ces tumeurs enlevée à l'hôpital Saint-Louis par M. Denonvilliers, et dans laquelle on trouvait plusieurs dépôts tuberculeux à divers degrés de leur évolution. Ce fait a, du reste, été bien constaté par tous les chirurgiens.

A ces symptômes locaux, parmi lesquels j'aurais signalé déjà la réaction inflammatoire, la fièvre, etc., si ces accidents ne se rencontraient pas surtout dans les engorgements ganglionnaires non tuberculeux, à ces symptômes, dis-je, viennent s'ajouter parfois des signes tirés de l'examen des poumons, et surtout des ganglions intérieurs mésentériques, bronchiques, etc. Les ganglions bronchiques, en effet, participent souvent à l'altération des ganglions extérieurs, et donnent lieu à des symptômes caractéristiques, sur lesquels M. P. Bérard a particulièrement appelé l'attention.

La durée de ces engorgements tuberculeux varie entre un, deux, trois mois et cinq, dix, douze ans et plus. La tuberculisation pulmonaire paraît accélérer la marche de la maladie. Le tableau suivant de M. Lebert vient confirmer cette opinion (p. 440).

La durée la plus longue est de treize ans chez une femme; le plus ordinairement l'affection persiste de six mois à deux et trois ans. Du reste, les chiffres suivants indiqueront bien assez par eux-mêmes la durée de la maladie sans qu'il soit besoin de commentaires :

TABLEAU DE M. LEBERT

Durée de la maladie	Nombre de cas
Moins de six mois	1
De six mois à un an	12
De un an à deux ans	18
De deux ans à trois ans	15
De trois ans à quatre ans	10
De quatre ans à cinq ans	8
De cinq ans à six ans	5
De six ans à sept ans	3
De sept ans à huit ans	2
De huit ans à neuf ans	1
De neuf ans à dix ans	1
De dix ans à onze ans	1
De onze ans à douze ans	1
De douze ans à treize ans	1
Total	80

Durée.	Hommes.	Femmes.
1 à 3 mois....	1	»
3 à 6 mois....	6	2
6 à 9 mois....	5	2
9 à 12 mois....	10	3
12 à 15 mois....	5	2
15 à 18 mois....	2	3
18 mois à 2 ans..	8	4
2 à 3 ans.....	11	8
3 à 4 ans.....	3	1
4 à 5 ans.....	2	3
5 à 6 ans.....	1	6
6 à 7 ans.....	1	2
8 ans.....	»	2
9 ans.....	1	1
10 ans.....	»	2
12 ans.....	»	1
13 ans.....	»	1
	56	43
	99	

La suppuration survient après un temps plus ou moins long et entretient des trajets fistuleux ou des ulcères plus ou moins profonds, plus ou moins irréguliers, qui sembleraient être plus fréquents à la suite des tubercules ganglionnaires que des tubercules du testicule.

Cette longue suppuration ne serait pas toujours un symptôme fâcheux, suivant M. Lebert. Il dit, en effet, avoir remarqué que les malades qui avaient des glandes tuberculeuses suppurées étaient moins sujets à la tuberculisation interne que ceux qui portaient dans ces glandes des tubercules à l'état de crudité. Il semble, dans ce cas, que l'économie se débarrasse du produit morbide, que la diathèse tuberculeuse s'épuise en déterminant des désordres locaux. D'autres auteurs, au contraire, ont prétendu que les engorgements tuberculeux glandulaires qui ne suppuraient pas constituaient surtout des tumeurs bénignes.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette altération doit être examiné à ses diverses périodes.

La forme de la tumeur, sa mollesse, son indolence parfaite, la marche de la maladie, l'absence de symptômes inflammatoires, peuvent faire reconnaître la nature du produit morbide au début, s'il n'y a point d'autres ganglions hypertrophiés qui masquent ces caractères. On pourrait tout au plus la confondre alors avec un kyste sébacé, mais la méprise sera parfaitement évitée. Il suffira de faire attention au siège de la tumeur, à sa forme, à sa marche, et à l'absence d'adhérence en aucun point de la peau.

Existe-t-il une tumeur ganglionnaire à bosselures multiples, on pourra encore arriver au diagnostic si le dépôt tuberculeux est ramolli, si le doigt peut sentir sa mollesse particulière. Dans le cas contraire, à moins qu'il n'existe dans le voisinage d'autres tumeurs comme celles que j'ai signalées, à moins que le malade ne présente dans les ganglions abdominaux ou du côté des poumons des signes de tuberculisation, le diagnostic sera, sinon tout à fait impossible, au moins très embarrassant. Je rapporterai plus loin l'observation d'une tumeur axillaire empruntée à M. Gosselin, et dans laquelle on n'a reconnu la présence de tubercules qu'à l'examen de la pièce.

À la seconde période, si l'on n'a pas suivi la première phase de l'évolution de la masse glandulaire, le diagnostic devient plus difficile, et l'on peut confondre cette tumeur avec un engorgement aigu ou une subinflammation des ganglions.

Mais la marche lente de la tumeur, ses limites bien précises, son ramollissement qui a lieu souvent sur un point limité, l'existence d'autres tumeurs dans différentes régions, tous ces caractères peuvent, sinon donner une conviction profonde, du moins établir une présomption en faveur de la tuberculisation. S'il s'agit d'une récidive et que l'on ait assisté aux premiers accidents, le diagnostic sera moins difficile.

À la troisième période, l'examen des grumeaux à l'œil nu et au microscope, l'étude attentive de la suppuration, et, dans le cas

d'ulcération des grumeaux, des *bourbillons* verdâtres qui tapissent le fond de la plaie, la lenteur de l'élimination du produit morbide, la persistance de la suppuration, seront les signes à l'aide desquels on devra établir les bases de son diagnostic.

Enfin, on pourra rester dans le doute et hésiter souvent à se prononcer entre cette tuberculisation des glandes externes et un engorgement simple survenant chez des sujets lymphatiques; mais, dans l'un comme dans l'autre cas, les indications thérapeutiques seront les mêmes. Les tumeurs malignes se distinguent assez souvent, sans beaucoup de difficulté, de ces tumeurs tuberculeuses, par leur marche plus rapide, leurs adhérences aux parties voisines, l'âge des sujets, et, quand il existe une ouverture du foyer, par la nature du liquide qui s'en écoule.

S'il importe d'établir, autant qu'on peut le faire, un diagnostic exact, c'est surtout au point de vue du pronostic.

Pronostic. — Le pronostic est variable, suivant l'âge des sujets et suivant qu'il existe ou non des complications du côté des viscères importants. L'on peut établir, d'une manière générale, que le pronostic n'est pas très grave si l'on se rappelle ce que j'ai dit de la fréquence de la localisation des tubercules dans les ganglions; mais si la vie n'est compromise que rarement, il reste souvent des difformités, des trajets fistuleux plus ou moins rebelles, et les malades ont toujours à redouter une ou plusieurs récidives.

Traitement. — Cela est si vrai, que les auteurs ont surtout porté leur attention du côté du *traitement général* et se sont spécialement attaqués à la diathèse. J'ai déjà, dans les généralités et dans les chapitres précédents, insisté sur ce fait; je ne m'y appesantirai pas plus longtemps.

Quant au *traitement local*, il donne lieu aux mêmes considérations générales que pour les autres organes: arrêter, retarder autant que possible, la période de ramollissement; attendre que la suppuration soit très bien établie; ne pas inciser de trop bonne heure ces foyers purulents. Cette observation n'avait pas

échappé à A. Paré, qui recommandait de ne pas se hâter d'ouvrir ces tumeurs (1). (Cataplasmes, antiphlogistiques au besoin.)

Quand la suppuration est très nettement établie, que la peau est amincie, faut-il attendre que la nature achève le travail d'ulcération, ou faut-il faciliter l'évacuation du pus et de la matière tuberculeuse? Alors il vaut mieux, je crois, ouvrir ces dépôts, surtout avec la potasse caustique. Les cautères détruisent une peau amincie, impropre à se recouvrir de bourgeons charnus, empêchent les décollements, ouvrent une assez large issue au pus et à la production morbide, et modifient heureusement la vitalité de la caverne tuberculeuse.

S'il existe un petit pertuis, ou une perforation insuffisante, il faut agrandir l'ouverture, soit à l'aide du bistouri, soit à l'aide de l'instrument tranchant. S'il y a des décollements, des clapiers, il convient de faire des débridements suffisants, de réunir les trajets fistuleux par une seule plaie bien nette, d'exciser les portions de la peau amincies et décollées, puis de panser la plaie, soit avec une pommade excitante, soit avec le cérat simple, quand elle est bien détergée; plus tard d'employer encore les résolutifs, comme au début de l'affection.

Faut-il avoir recours à l'extirpation de ces tumeurs glandulaires tuberculeuses?

S'il existe une seule ou deux tumeurs glandulaires bien limitées, bien circonscrites, les chirurgiens n'hésitent pas à prescrire leur ablation. L'opération est simple, facile, et les suites n'offrent aucune gravité. Peut-être peut-on même insister davantage pour cette opération, dans les cas où il existe des dépôts tuberculeux, que dans les cas d'engorgement chronique simple des ganglions, parce que ces derniers peuvent rester stationnaires ou disparaître; les autres, au contraire, doivent être éliminés ou passer à l'état crétacé; on peut même, pour ces tumeurs, faire

(1) Amb. Paré, t. 1^{er}, p. 341.

cette remarque que, tandis que les chirurgiens n'extirpent pas les masses tuberculeuses dans les autres organes, à moins d'indications particulières, ils n'hésitent pas à enlever les tumeurs ganglionnaires simples ou tuberculeuses.

S'il existe un grand nombre de ces tumeurs glandulaires réunies sur un même individu, à moins qu'une ou plusieurs d'entre elles ne fournissent des indications spéciales, je pense qu'il vaut mieux les abandonner aux efforts de la nature.

Si une tumeur glandulaire simple ou compliquée d'hypertrophie des ganglions voisins est volumineuse et gêne, soit les mouvements, soit certaines fonctions, ou même détermine par la compression des nerfs des douleurs vives, l'extirpation est encore bien mieux indiquée. Tel est le fait qui fait le sujet de l'observation de M. Gosselin.

Si la suppuration est abondante et épuise le malade, il faut alors, par des incisions bien faites, mettre à nu le fond du foyer, inciser les trajets fistuleux, ou mieux encore avoir recours à l'extirpation de la masse morbide.

J'ai déjà traité cette question de l'opportunité ou de l'inopportunité des extirpations de tumeurs glandulaires tuberculeuses; je n'y reviendrai pas. J'ajouterai cependant que chaque engorgement glandulaire porte souvent avec lui ses indications spéciales, que le chirurgien expérimenté saisira aisément.

Je rapporterai, pour terminer ce chapitre, trois observations.

Dans la première, la tumeur est composée et a été extirpée dans la région axillaire. La seconde nous montre avec quelle persistance il faut souvent poursuivre la manifestation ganglionnaire de la diathèse tuberculeuse; c'est un exemple de tumeurs ganglionnaires tuberculeuses donnant lieu à de longues et fréquentes récidives, sans amener d'altération dans les viscères importants à la vie. La troisième vient confirmer une assertion que j'ai émise précédemment, à savoir que le chirurgien n'hésite pas, le plus ordinairement, à débarrasser les malades de ces tumeurs ganglionnaires. C'est de plus, comme la première, un

exemple de tumeur glandulaire tuberculeuse, avec hypertrophie des ganglions voisins.

Obs. I^{re}. — *Tumeur ganglionnaire tuberculeuse de l'aisselle gauche. Extirpation.* (Hôpital Cochin, Service de M. Gosselin. 27 avril 1855.)

Julienne Bancelin, âgée de trente-sept ans, repassense à Orly, s'est aperçue, il y a quatre ans, d'un gonflement dans l'aisselle gauche; le gonflement a augmenté peu à peu et a fini, sans être jamais très douloureux, par prendre assez de volume pour gêner les mouvements et occasionner quelques élancements, que la malade compare à des *lardements* avec une pointe de couteau.

La tumeur est bosselée, remonte derrière le grand pectoral, sans le soulever beaucoup et sans lui adhérer, non plus qu'aux autres parties de la cavité axillaire. Sa consistance est assez ferme et partout uniforme. On sent un ganglion de même consistance au-dessous de la clavicule, à la jonction des faisceaux claviculaires et sternaux du grand pectoral, un autre au-dessus de la clavicule derrière l'attache du faisceau sternal du sterno-mastoïdien, et au niveau d'une branche assez volumineuse de la veine jugulaire externe. On ne trouve rien d'appréciable du côté de la glande mammaire; la maladie a résisté jusqu'à présent à l'emploi de diverses pommades et de sirops.

1^{er} juin. — Opérée le 3 mai, elle a été pansée le 31 avec de la pommade d'hydriodate de potasse. On a trouvé de l'iode dans l'urine.

2. — On continue à trouver de l'iode dans l'urine.

8. — Pansée de la même manière, elle a toujours de l'iode dans l'urine.

9. — Un peu de douleur dans la plaie et autour. Cessation du pansement iodé. Cataplasme.

10. — Il y a un peu de fièvre, et la douleur continue sans rougeur.

15. — Cautérisation de la plaie avec le crayon.

21. — Il ne reste qu'un peu de suintement sans fistule; l'état général est satisfaisant.

24. — Exeat.

Revenu ces jours derniers (avril 1857) à la consultation, cette femme nous apprend qu'elle a toujours été bien portante et qu'elle peut se servir de son bras; mais elle a, au-dessus de la clavicule gauche, plusieurs ganglions, encore peu volumineux, qui la font souffrir depuis quelques jours, et qui surtout l'inquiètent beaucoup.

La tumeur, examinée après l'opération, était composée d'une série de ganglions réunis en une seule masse. Les uns étaient durs, d'autres mollasses et comme fongueux; quelques-uns abreuvés de pus. Enfin, par places, on a trouvé des *dépôts tuberculeux* à diverses périodes, mais surtout ramollis et en voie de ramollissement.

Obs. II (1). — Une demoiselle âgée de vingt-quatre ans, offrant l'aspect d'une bonne santé, appartenant à une famille dans laquelle il n'y a ni affection scrofuleuse ni affection tuberculeuse, et dont je connais moi-même plusieurs membres parfaitement bien portants et robustes, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de treize ans. Elle remarqua pour la première fois alors une grosseur sous le menton qui, pendant un an et demi, resta à l'état d'une induration parfaitement indolente. A cette époque, elle eut pour la première fois ses règles qui depuis lors sont toujours venues très régulièrement, mais en très petite quantité.

Loïn d'exercer une heureuse influence sur l'affection glandulaire, la menstruation, à son apparition, coïncida plutôt avec le ramollissement et la suppuration de la tumeur. Il se forma un ulcère qui ne fut cicatrisé qu'au bout de deux ans, après que toute la matière tuberculeuse eut été éliminée.

La malade, dont la santé générale n'avait, du reste, point été altérée, resta parfaitement bien portante jusqu'à l'âge de vingt

(1) Lebert (*loc. cit.*, p. 311).

et un ans. Le mal alors reparut avec bien plus d'intensité que la première fois, et il se développa successivement et presque sans interruption, sur le côté gauche du cou, une série de tumeurs glandulaires tuberculeuses qui toutes se transformaient en abcès et en ulcères.

Je vis la malade pour la première fois le 5 juin 1845. Elle offrait, à en juger par la figure, l'apparence de la plus belle santé. Elle est blonde, a des yeux bleus, de longs sourcils, un beau teint et des traits fins, n'offrant nullement les signes de l'habitus scrofuleux. A la voir habillée et le cou bien couvert, on l'aurait à peine soupçonnée d'être malade; mais en ôtant sa mentonnière, on était péniblement surpris de la voir atteinte d'une affection tuberculeuse des glandes du cou qui avait déjà fait de grands ravages.

Dans la région parotidienne gauche se voyaient de nombreux engorgements tuberculeux en partie en voie d'ulcération; un des ulcères avait environ deux centimètres de largeur. Sous le menton se trouvaient également plusieurs ulcères tuberculeux reposant sur des glandes indurées. Les bords des ulcères étaient ici, comme sous l'oreille gauche, décollés dans une certaine étendue, d'un rouge livide et violet. Leur fond était recouvert d'une masse comme lardacée d'un jaune verdâtre, et par-dessous on apercevait de la matière tuberculeuse en voie de décomposition et infiltrée de pus. Je mis le traitement suivant en usage: 1° excision complète de tous les bords décollés des ulcères; 2° pansement simple avec du cérat; 3° tous les deux jours, cautérisation avec le nitrate d'argent; 4° bains salés et iodés; 5° à l'intérieur alternativement, l'iode de potassium et l'huile de foie de morue.

Le changement obtenu fut bien notable, et se montra dès les premiers temps du traitement. Le fond tuberculeux se détergea, surtout là où les bords des ulcères avaient été enlevés; le pus, auparavant d'un aspect sanieux et renfermant de nombreux grumeaux tuberculeux, devint lié et de bonne nature. J'a-

vais examiné à différentes reprises les organes respiratoires, ainsi que les organes abdominaux, sans y découvrir quoi que ce fût de morbide. Après une amélioration lente et sensible, tous les ulcères furent cicatrisés au commencement de février 1846. Mais ce ne fut qu'un court répit, et déjà à la fin de février une nouvelle tumeur glanduleuse se montra au-dessus de la clavicule gauche, très dure au début; elle augmenta rapidement de volume et commença à s'abcéder vers la fin de mars. Les progrès du mal furent rapides, et bientôt la région sus-claviculaire gauche offrit un mélange hideux de tumeurs tuberculeuses et d'ulcères profonds de mauvais aspect. Sur la peau violette, largement minée dans divers sens, se voyaient des ponts intacts, au milieu de quelques ulcères plus découverts. Enfin, le mal parut plus grave que l'année précédente. Dans cet état, la malade revint se mettre sous ma direction, le 30 juin 1846.

La suppuration était abondante et sanieuse, l'aspect général de la malade était toujours bon, elle n'avait pas maigri, mais les souffrances et le chagrin d'une rechute si grave l'avaient rendue extrêmement irritable; elle avait parfois des accès hystériques; elle disait avoir de temps en temps de la fièvre; la poitrine avait continué à être en bon état.

Mon premier soin fut d'enlever de nouveau toutes les portions de peau décollées et de couper tous les ponts qui séparaient les divers ulcères. Je mis ainsi à nu, et je réunis en un seul ulcère, une surface de plus de 3 pouces carrés, d'une circonférence du reste tout à fait irrégulière. La clavicule se trouvait au fond de l'ulcère, heureusement pas tout à fait dénudée et recouverte encore par une couche de tissus de 3 à 4 millimètres d'épaisseur et garnis de bourgeons charnus. En faisant l'opération, surtout en coupant un des ponts de substance cutanée qui séparait les ulcères supérieurs des inférieurs, quelques petites artères jaillirent; une fut liée, les autres tordues. Le sang, dans les autres points, s'arrêta par l'application de linges imbibés d'eau froide. Plus tard, pour activer le travail

d'élimination, j'enlevai des masses d'aspect lardacé qui recouvraient le fond de l'ulcère; l'examen microscopique y démontra clairement les globules du tubercule en partie déjà désagrégés et boursoufflés, en partie encore intacts, tous plus altérables par l'acide acétique qu'à l'état de crudité; partout cette masse était infiltrée de pus. Je prescrivis le même traitement que l'année précédente, en ajoutant pour pansement l'onguent mercuriel au précipité rouge (une partie de précipité sur 8 d'axonge), onguent qui déterge fort bien les ulcères tuberculeux. Les masses tuberculeuses du fond furent éliminées en partie par l'altération que leur fit éprouver le pus, en partie par l'ulcération des brides qui les retenaient au fond de l'ulcère, et par la formation de granulations de bonne nature en dessous. C'est ainsi que s'opéra peu à peu la cicatrisation complète de ces ulcères si étendus. Cependant, j'ose à peine espérer que cette guérison soit de plus longue durée que ne l'a été la première, quoique j'aie mis la malade à un régime convenable, à l'usage prolongé des préparations d'iode alternées avec l'huile de foie de morue. Je lui ai, de plus, établi au bras gauche un cautère renfermant plusieurs pois. La suite montrera la marche ultérieure de cette malade. Toutefois, tout incomplet qu'il est, ce fait nous montre de quelle manière la nature, aidée par l'art, procède à la guérison de ces ulcères étendus, à bords minés et décollés.

Obs. III. — *Tumeur ganglionnaire de la région sous-maxillaire.* (Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 47, service de M. Denonvilliers.)

Le 5 avril 1857 est entrée une jeune femme nommée Marie-Clémence Deligny, âgée de dix-huit ans, fleuriste, demeurant rue d'Amsterdam, 28.

Cette jeune personne, quoique d'un tempérament lymphatique, s'est toujours bien portée. Elle n'a jamais été malade; elle n'a jamais eu d'engorgement ganglionnaire dans son en-

fance. Menstruée pour la première fois à quatorze ans, elle a toujours été bien réglée.

Il y a deux ans il lui est venu, sans cause appréciable, une tumeur dans la région sous-maxillaire droite. Cette tumeur n'était autre chose qu'une des glandes que l'on rencontre si souvent dans cette région ; elle n'était pas alors plus grosse qu'une aveline ; elle était *assez douloureuse*, mais en grossissant elle est devenue complètement *indolente*.

État actuel (5 avril 1857). — Dans la région sous-maxillaire droite se trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui remonte jusqu'au-dessous de l'oreille du même côté. Cette tumeur est arrondie, globuleuse, mobile sous la peau et sur les tissus sous-jacents. Elle offre au toucher une dureté assez grande. Sa consistance est la même que celle des tumeurs fibreuses. Cette tumeur est complètement indolente.

Cependant, la jeune personne se porte très bien ; elle ne présente *aucun signe de tuberculisation pulmonaire*, il n'y a point de souffle dans les carotides, on ne constate aucun trouble dans les principales fonctions.

Depuis deux ans, la malade a appliqué différents topiques sur sa tumeur : iodure de plomb, emplâtre de Vigo. Elle a pris de l'iodure de potassium à l'intérieur, mais rien n'a amené la résolution de sa tumeur.

Le 8 avril, M. Denonvilliers en pratique l'extirpation ; il fait d'abord une incision oblique, puis il dissèque les deux lambeaux, et parvient assez facilement à l'énucléer.

Examen de la tumeur. — A la coupe, on voit *trois noyaux de matière tuberculeuse*, ayant chacun le volume d'une petite cerise. Cette matière tuberculeuse, jaunâtre, est peu consistante ; toutefois elle n'est pas également ramollie dans les trois points. L'un de ces noyaux tuberculeux est réduit en bouillie, tandis que les deux autres s'écrasent assez difficilement sous le doigt.

Ces trois masses tuberculeuses sont séparées les unes des

autres par du tissu fibreux, dense, résistant, de couleur blanchâtre.

M. Denonvilliers a réuni les deux lèvres de la plaie par cinq points de suture, pour obtenir une réunion immédiate dans une grande étendue. Les deux lèvres de la plaie n'ont été laissées libres qu'à la partie inférieure.

Le 10 avril, on coupe les fils qui ont servi à faire les points de suture.

Il y a eu réunion immédiate à la partie supérieure de la plaie; un pus de bonne nature s'écoule par la partie inférieure; tout annonce une guérison prochaine et une belle cicatrisation.

CHAPITRE IV.

TUBERCULES, DANS LA MAMELLE.

Les tubercules ne s'observent que rarement à la mamelle, soit que cette région ne présente pas de conditions favorables au développement du produit morbide, soit que la glande mammaire participe à l'immunité dont semblent presque constamment jouir les organes de l'appareil génital de la femme et les glandes conglomérées des deux sexes.

Bien que riche en vaisseaux lymphatiques, la mamelle n'a qu'un petit nombre de ganglions; plusieurs auteurs se refusent même à croire à leur existence: M. Velpeau est dans ce cas; M. Sappey (*Anat.*, I, 684) les admet, mais leur assigne pour siège unique la face postérieure de la région. Avant les travaux de M. Velpeau, les productions tuberculeuses de la mamelle n'avaient jamais été complètement décrites; on ne peut, en effet, prendre pour une description les quelques lignes échappées à la plume d'A. Cooper (trad. de Richelot, p. 525), sur les tumeurs scrofuleuses; il faudrait, d'ailleurs, beaucoup de bonne volonté pour rapprocher de ce qu'écrivait l'auteur anglais à ce sujet les obser-

vations que nous rapporterons et dans lesquelles la nature tuberculeuse de l'affection ne peut être mise en doute.

En 1849, M. Johannet a publié une observation intitulée : *Tumeur tuberculeuse du sein*; mais, autant qu'on en peut juger par la lecture, le sein n'avait été envahi que postérieurement à la formation d'un tubercule sous-pleural développé de dedans en dehors.

D'après les observations de M. Velpeau, dans la mamelle comme en d'autres régions, le tubercule peut exister seul, sans qu'il y ait de manifestation semblable dans les viscères intérieurs, ou se présenter en même temps que des altérations analogues dans les organes splanchniques. On peut admettre par conséquent, dans l'état actuel de la science, que les tubercules se développent dans la mamelle de deux façons différentes :

1° Consécutivement à l'évolution d'un tubercule sous-pleural, comme peuvent le démontrer l'Observation XI (p. 163) de M. Velpeau et celle de M. Johannet. Nous rapportons l'Observation de ce dernier comme le fait le plus complet que nous possédions.

OBSERVATION. — *Tumeur tuberculeuse du sein avec tubercules pulmonaires*, etc. (Johannet, *Revue médico-chirurgicale*, t. XIII, p. 301.)

« Le 2 novembre 1847 est entrée à l'hôpital de Bon-Secours Augustine Didier, âgée de quarante ans, réglée à quinze ans, mariée à vingt; elle avait eu onze enfants dans l'espace de treize années. Un seul de ses enfants, le premier, fut nourri par elle. Aucun accident ne survint pendant la période de l'allaitement. Du reste, la santé était restée excellente jusqu'en février 1847. A cette époque, elle éprouva dans l'aisselle droite des douleurs assez vives, presque continuelles. En portant sa main dans l'aisselle, elle sentit de petites boules roulantes; en même temps survint une petite toux sèche, et une ou deux fois, à la suite de

ces accès de toux, elle rendit quelques crachats sanglants. Vers le commencement de mars 1847 les règles disparurent sans cause connue, et, quelques jours après, le sein droit commença à se tuméfier d'une manière continue, sans douleur. Bientôt les ganglions de l'aisselle s'engorgèrent, s'abcédèrent, et, à partir du mois de juin, l'aisselle est restée le siège de trajets fistuleux multiples, qui donnent chaque jour un pus séreux, abondant et fétide. Cependant, les digestions étaient devenues difficiles; il y avait parfois un peu de toux, l'état général était alarmant, l'amaigrissement faisait des progrès rapides. Dans les premiers jours d'octobre, le sein, dont le volume était très considérable, devint le siège de douleurs très vives, caractérisées par des élancements brusques, qui souvent augmentaient pendant la nuit, et enfin la malade se décida à entrer à l'hôpital. La santé générale était dans le plus triste état: plus de digestion, plus de nutrition, selles diarrhéiques; sommeil interrompu par les vives douleurs ressenties dans le sein droit. Cependant, peu de toux, point de crachats; on cherche vainement au cou des traces de scrofules. L'auscultation et la percussion font reconnaître deux cavernes au sommet de chaque poumon. Le volume du sein droit égale presque la tête d'un enfant à terme; la peau, lisse et unie, conserve son épaisseur et sa mobilité ordinaires; çà et là elle est sillonnée par quelques veines bleuâtres. La mamelle tout entière concourt à former la tumeur; elle est, pour ainsi dire, soulevée; sa base, élargie, s'étend jusqu'à la deuxième côte en haut, tandis que la huitième forme ses limites inférieures. Le mamelon se dessine en relief à sa place ordinaire; sur tous les points on trouve une tension et une rénitence qui simulent assez bien une mamelle dans les premiers jours de la lactation. La surface est uniforme, sans bosselure aucune, et quel que soit le lieu que l'on explore la fluctuation est des plus évidentes. On ne pouvait méconnaître une collection purulente développée d'une façon tout à fait chronique.

Une ponction fut pratiquée avec le bistouri à la partie la plus déclive, et un liquide demi-séreux, d'un brun verdâtre, très fétide, s'écoula en quantité considérable. La malade éprouva un mieux-être manifeste; les nuits suivantes elle put goûter quelques heures de sommeil. Mais bientôt les symptômes de la phthisie acquirent plus d'acuité, et la malade succomba le 29 novembre.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon droit deux petites cavernes pouvant recevoir l'extrémité de l'index, dans le gauche une seule, mais dont la cavité eût logé aisément une noix ordinaire. Les plèvres étaient épaissies par des inflammations chroniques répétées; les adhérences étaient générales.

Un tubercule sous-pleural, de la grosseur d'une aveline, entraînant dans sa fonte le tissu cellulaire ambiant, avait perforé le troisième espace intercostal, et s'était infiltré dans le sein. On suivait avec facilité le trajet du pus: c'était une sorte de conduit fistuleux, tapissé d'une membrane muqueuse.

La glande mammaire présentait encore çà et là, dans son épaisseur, cinq à six gros tubercules, dont les uns, presque entièrement ramollis, avaient fourni un nouvel élément à la suppuration et ne laissaient plus que leur coque; les autres étaient encore à l'état de crudité.

Les tubercules peuvent naître dans la mamelle, qu'il y ait ou non, ailleurs, d'autres manifestations de la diathèse.

M. Velpeau admet trois variétés de tumeurs tuberculeuses.

A. *Tubercules disséminés*, constitués par des tumeurs nombreuses (huit à douze), du volume d'une noisette ou d'une noix, paraissant formées par autant de lobules ramollis au centre, infiltrés et remplis de matière caséuse, grumeleuse, tuberculeuse, en un mot, mêlée çà et là à de petits foyers de pus séreux. Dans un cas, la maladie datait de quatre ans, et un des ganglions de l'aisselle, du volume d'une grosse noix, était lui-même infiltré de matière tuberculeuse.

B. *Tubercules lymphatiques multiples*. — Cette variété pa-

rait démontrer qu'il existe dans la mamelle des ganglions, et qu'ils peuvent, là comme ailleurs, se tuberculiser. Les deux faits consignés dans le *Traité des maladies du sein* sont remarquables par l'extension de l'affection à presque tous les ganglions du corps, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'un d'entre eux.

Obs. — *Tumeurs lymphatiques multiples.* (Velpeau, p. 285.)

« Une femme de quarante à cinquante ans, restée longtemps à l'hospice des Cliniques, où elle a succombé, et que j'ai vue plusieurs fois, avait dans les deux seins de nombreuses tumeurs, qui offraient à peu près tous les caractères de ganglions lymphatiques largement hypertrophiés et dégénérés; ces tumeurs, globuleuses, d'un rouge pâle, isolées les unes des autres, d'une densité presque fibreuse, étaient criblées de points, de grumeaux jaunes ou grisâtres, à la manière des ganglions tuberculeux. Des tumeurs semblables existaient au nombre de plusieurs centaines au cou, dans les aisselles, aux aines, partout enfin où l'anatomie a mis hors de doute l'existence des ganglions lymphatiques. Il y en avait, en outre, dans une foule de points et de régions où le système ganglionnaire n'a jamais été rencontré. Les tumeurs de cette femme ont été disséquées avec soin par M. Lenoir, qui me les a montrées, et je les ai trouvées tellement semblables à des ganglions dégénérés, que je n'hésite pas à les classer parmi les tumeurs scrofuleuses ou tuberculeuses de la mamelle. »

C. M. Velpeau donne le nom de *tumeurs lymphatiques purulentes* à la troisième variété de ses *tumeurs lymphatiques froides ou tuberculeuses*. Ces tumeurs, à marche tantôt rapide, tantôt lente, sont composées de tissus hypertrophiés, indurés, grisâtres, d'une sorte de kyste très épais dans certains points, aminci dans d'autres; contenant soit du pus grisâtre et floconneux, soit des grumeaux albumineux, soit de la matière caséuse ou tuberculeuse concrète, adhérente ou combinée aux tissus voisins. M. Velpeau ajoute que ces tumeurs, bosselées,

inégales, quoique pouvant s'établir au centre de la glande comme sous la peau, se développent plus souvent encore sous la mamelle.

Il est parfois fort difficile de distinguer nettement ces tumeurs tuberculeuses des tumeurs purulentes, bosselées, enkystées, qui se forment à la région mammaire à la suite d'une altération des plèvres, des médiastins ou des parois thoraciques; souvent il est difficile de les distinguer aussi des masses encéphaloïdes ou colloïdes, et l'évolution de la maladie pourra seule dissiper les doutes; nous en donnerons comme preuve le fait suivant (*loc. cit.*, p. 287).

En 1836, M. Velpeau fut appelé par M. J. Pelletan près d'une femme âgée de trente ans. Elle portait depuis deux ans une tumeur du sein survenue sans cause appréciable, du volume d'un œuf de poule, bosselée, mobile, indolente, située entre les lobules de la mamelle. Pas de fluctuation, élasticité, empatement léger cependant; les tissus voisins sont pâles et amincis. La santé générale de la malade est altérée, amaigrissement très prononcé. L'examen attentif des viscères n'ayant pas démontré l'existence de lésions organiques, et la maladie du sein ayant d'ailleurs résisté aux différentes ressources qui lui avaient été opposées, on procède à l'opération. La plaie se cicatrise en cinq semaines.

La dissection montre dans la masse enlevée : 1° le tissu fibroglanduleux distendu, aminci, représentant une sorte de kyste incomplètement cloisonné; 2° des pelotons du volume du pouce, d'une noisette, d'une noix, agglomérés, fixés les uns contre les autres, puis séparés sur quelques points de leur circonférence par des brides ou des lamelles de tissus naturels. Cette disposition indique que ces pelotons appartiennent à une exsudation; ils ne renfermaient rien de vasculaire. Substance homogène, d'un blanc légèrement bleuâtre ou jaunâtre. Par la pression on les écrase, on les transforme en matière légèrement friable. Ils n'ont ni la contexture du tissu encéphaloïde ni l'apparence du

tissu colloïde; ce sont en un mot des noyaux *analogues aux tubercules crus* qui ne se distinguent de ces produits morbides que par un excès de volume. M. Velpeau, n'ayant point encore vu de tumeur semblable, resta dans une grande incertitude; mais trois mois à peine s'étaient écoulés, que les poumons et les ganglions furent envahis par la tuberculisation. La mort arriva rapidement. Les poumons renfermaient des tubercules et des cavernes, les ganglions des diverses régions contenaient des tubercules ramollis; enfin, deux tumeurs semblables à la première s'étaient reformées dans la mamelle et commençaient à se ramollir en quelques points.

Dans un second cas (Obs. V, p. 289), l'ablation de la tumeur démontra l'existence de tubercules crus, le mal parut être local, mais la tumeur semblait se prolonger par son pédicule vers le médiastin antérieur.

La malade n'a pas été suivie.

Quelle que soit la forme sous laquelle le tubercule ait primitivement manifesté sa présence dans la mamelle, sa marche est toujours la même, et ses transformations sont identiques avec celles qu'il subit dans d'autres organes. De l'état cru il passe le plus souvent au ramollissement, comme le prouvent les observations déjà citées, et comme le démontre un dernier fait que nous citerons encore.

Hypertrophie mammaire, abcès tuberculeux, phthisie pulmonaire (Velpeau, Obs. XII, p. 164). — La nommée Morin, âgée de vingt-quatre ans, grêle, délicate, éprouva il y a six mois les symptômes d'une maladie de poitrine; point de côté, toux, etc. Plus tard, laryngite chronique, enrouement, menstrues irrégulières, enfin douleurs vives dans le sein. Depuis quatre mois la malade s'est aperçue de petites bosselures dans la mamelle droite, grosses alors comme un petit pois; elles ont acquis aujourd'hui en se réunissant le volume d'une pomme. Elles sont élastiques, légèrement douloureuses à la pression et deviennent parfois le siège de douleurs lancinantes; mais la peau

n'est pas adhérente, la tumeur est mobile, les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés; le mamelon est déprimé, ombiliqué depuis un mois; tous les lobules de la glande prennent part à cet accroissement de volume et sont isolés.

Traitement général et local. Exeat le 5 juin, sans changement. Mais bientôt la malade demande à rentrer à l'hôpital: une collection, en effet, s'était formée à la partie interne du sein; et, ouverte par un médecin, était demeurée fistuleuse. Même aspect de la tumeur. Ganglions de l'aisselle intacts.

1^{er} juin. Incision d'un point fluctuant vers la partie supérieure du même sein, sortie d'un pus bien lié, abondant. Au sommet de la poitrine, en arrière, à gauche, on constate par l'auscultation des craquements et même du gargouillement, matité à la percussion, résonnance de la voix; sueurs nocturnes, diarrhée, etc.

Le 30, incision d'un nouveau foyer.

Le 19 octobre, la malade sort, elle porte à la mamelle deux ouvertures fistuleuses. M. Velpeau l'a revue plusieurs fois. De nouvelles tumeurs se ramollirent, s'abcédèrent en même temps que la phthisie pulmonaire faisait de rapides progrès.

Il est possible, quoique le fait ne soit pas encore démontré, que les tubercules de la mamelle puissent subir la transformation crétacée, et, par là, devenir une cause d'erreur pour le chirurgien qui n'a pas assisté à leur évolution. Les ostéïdes de la mamelle ne peuvent-elles pas se rapprocher, sous ce rapport, de celles du testicule?

Diagnostic. — Je ne présenterai pas, à propos du tubercule à ses différentes périodes, le diagnostic de toutes des tumeurs liquides ou solides de la mamelle; l'indolence de la tumeur, la lenteur de sa marche, sa mollesse sans fluctuation, l'absence de signes inflammatoires, seront des signes à invoquer pour le diagnostic; mais, à cause de la rareté de cette affection, le diagnostic sera presque toujours incertain. A la période de ramollissement, les signes qui viendront s'ajouter aux précédents sont

les signes généraux des tumeurs tuberculeuses. A la période d'élimination, on pourra tirer quelques caractères précieux de l'examen du pus. L'étude attentive de la mamelle, des régions environnantes, des organes splanchniques, et surtout des organes thoraciques, pourra nous montrer si la lésion a eu primitivement son siège dans la mamelle, si elle s'est développée d'abord dans les parties voisines, ou si enfin elle s'accompagne d'un état diathésique.

Pronostic. — Bien que M. Velpeau ait rangé les tumeurs tuberculeuses parmi les tumeurs bénignes, il est loin de leur attribuer une innocuité complète. D'une part, il établit une grande différence, au point de vue de la gravité, entre le tubercule isolé et le tubercule symptomatique d'une infection générale; d'autre part, il se demande *si ces bosselures disséminées des tubercules qui semblent faire partie des lobules glandulaires ne seraient peut-être pas au fond d'une toute autre espèce que les tumeurs franchement tuberculeuses.*

Quant au *traitement*, qu'en dirions-nous que nous n'ayons déjà répété à propos du testicule ou des ganglions? Cesont des tumeurs à traiter comme des abcès froids, quand elles sont ramollies, et que la peau est amincie et prête à s'ulcérer. Il est des circonstances où, comme dans le testicule, il faut songer à leur extirpation. Les indications *sont bien posées* dans l'observation de M. Velpeau (1836) que j'ai déjà citée.

Je n'ai pas besoin de répéter que l'on doit avoir recours surtout à un traitement général bien dirigé.

CHAPITRE V.

TUBERCULE DANS DIVERS ORGANES ET DIVERSES RÉGIONS.

Afin de compléter le tableau des altérations déterminées par le tubercule dans les organes et les régions accessibles à la main du chirurgien, nous allons successivement passer en revue cer-

taines régions, certains organes, dont nous n'avons rien dit encore, où cette manifestation a été rencontrée et parfois indiquée par quelques auteurs. Les paragraphes qui vont suivre n'ont pas, au point de vue chirurgical, l'importance des chapitres précédents ; mais enfin, dans certains cas, la connaissance de ces manifestations tuberculeuses pourrait donner lieu à quelques indications particulières. Ces productions tuberculeuses ne sont encore ici, dans certains cas, qu'un épiphénomène d'altérations splanchniques plus importantes, ou bien constituent toute la maladie.

§ I. — *Tubercules dans l'utérus et les organes génitaux de la femme.*

J'ai décrit avec détail le tubercule des organes génitaux de l'homme, et en particulier le tubercule du testicule, parce que, pour ces altérations, le rôle du chirurgien est souvent actif, et parce que leur étude pouvait nous donner des indications précieuses pour le pronostic et le traitement. Pour les organes génitaux de la femme, on doit souvent se borner, quand on a pu reconnaître leur tuberculisation, à une simple expectation ou à un traitement médical. Cependant, quelques-uns de ces organes peuvent être, dans quelques circonstances, accessibles à la main du chirurgien, et l'histoire d'une grande partie de leurs altérations rentre ainsi dans le cadre de la pathologie externe.

Je vais donc examiner si le tubercule existe dans l'utérus et ses annexes, et ce qu'il peut présenter de particulier dans ces régions.

Si le tubercule des organes génitaux de l'homme est reconnu et accepté, il n'en a pas toujours été de même pour celui que peuvent offrir les organes génitaux de la femme ; cependant l'analogie de fonctions aurait pu déjà faire conclure à l'analogie des productions morbides. Il est, du reste, impossible maintenant de nier la présence du tubercule dans l'utérus et ses an-

nexes, en présence des autorités sur lesquelles je m'appuie.

Il est vrai de dire tout d'abord que les organes génitaux de la femme semblent échapper en partie à l'influence de la tuberculisation, et que souvent la cachexie a pu arriver à sa dernière période en laissant ces organes intacts; cependant il existe des faits avérés. Je résumerai ici un travail de M. Reynaud, inséré dans les *Archives de médecine* (1).

Bayle, dit l'auteur, ne parle pas de tubercule dans les organes génitaux de la femme. M. Andral n'en signale pas non plus l'existence dans sa *Clinique*, mais il en cite des exemples dans son *Anatomie pathologique* (2). Il en parle comme de faits rares et coïncidant avec le développement du tubercule dans d'autres organes et dans les cavités splanchniques. Plus loin, il signale la matière tuberculeuse dans les trompes.

Laënnec n'en dit pas un mot. M. Louis n'a rencontré qu'une fois le tubercule dans ces organes. On lit dans sa 32^e observation: La cavité utérine et la moitié supérieure du col étaient d'une couleur blanc jaunâtre, d'un aspect mat, leur surface était inégale, ce qui provenait de la transformation de leur couche superficielle en une matière tuberculeuse, très ferme, d'une ligne d'épaisseur; au-dessous, on trouvait des granulations miliaires.

M. Reynaud a rapporté trois cas qui lui sont personnels: un a été observé à la Charité, et deux à la Pitié.

Voici, en quelques mots, ces observations intéressantes:

1^o Il y eut pendant la vie écoulement de matière tuberculeuse par le vagin.

Dans ce canal existaient des ulcérations à bords irréguliers, à fond rouge; elles étaient plus nombreuses à la face postérieure que sur les parties latérales. La face antérieure n'en portait pas. La surface interne de l'utérus fut trouvée convertie en une couche de matière tuberculeuse. Des tubercules crus, du

(1) *Archives générales de médecine*, 1^{re} série, t. XXVI, p. 486.

(2) Andral, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 691-699.

volume d'un petit pois, existaient dans l'épaisseur du corps. Les trompes participaient à l'altération de l'utérus. — Les ovaires contenaient plusieurs kystes. — Poumons tuberculeux.

Peut-être, dans ces cas, l'examen du liquide sortant par le vagin aurait-il permis de constater les éléments du tubercule.

2° Les poumons sont également tuberculeux.

Il y a des tubercules dans le péritoine et à la surface extérieure de l'utérus. Le col est peu saillant, large comme un écu. Le corps présente les mêmes altérations que dans l'observation précédente; le col n'est pas tuberculeux.

Les ovaires sont changés en kystes renfermant de la matière tuberculeuse crue, friable, semblable à celle qui est contenue dans les trompes. La malade n'avait accusé que quelques élancements dans la matrice.

Mentionnons encore une observation de tubercules dans l'utérus et le placenta, que nous devons à un travail de M. Hardy (1).

M. Robert m'a parlé aussi d'un cas où la tuberculisation, qui avait envahi la face interne de l'utérus, s'arrêtait nettement au col de cet organe, mais s'étendait dans les trompes. Les poumons étaient parfaitement sains.

Si l'affection survient chez une femme encore apte à la reproduction, il peut arriver que le produit morbide, qui n'a pas nui à la fécondation, vienne apporter un obstacle à l'accouchement et nécessite l'intervention du chirurgien.

Le cas suivant de dystocie, rapporté dans les *Archives de médecine*, est remarquable et rentre dans mon sujet (2).

Dans ce cas, la difficulté de l'expulsion du fœtus paraissait due, soit à la difficulté du développement de l'utérus, soit à la perturbation des contractions.

(1) *Archives*, 2^e série, t. V, p. 244.

(2) Oslander, Göttingue, *Archives*, 3^e série, t. XI, p. 105.

La femme, âgée de quarante ans, avait déjà eu trois fausses couches. Cette fois encore l'enfant n'était pas à terme. Le forceps est d'abord employé, puis on tente la version, mais inutilement. Il faut recourir à la craniotomie. Le placenta était enchatonné.

A l'autopsie, on trouve des masses tuberculeuses disséminées dans les parois de l'utérus, les unes ramollies, les autres encore consistantes.

Nous avons cité des cas de tubercules dans l'utérus, les trompes, les ovaires; en voici un autre, rapporté par Virchow (1), et qui concerne le vagin et les organes urinaires de la femme.

Il a été observé chez une vieille femme qui a présenté quelques troubles de la vessie, et entre autres de la dysurie.

Des tubercules ont été trouvés dans la vessie et les reins.

Dans le vagin existait, ainsi que dans la vessie, un semis de granulations grises; Virchow, qui en a fait l'analyse microscopique, dit y avoir trouvé du tubercule.

Pour M. Louis (2), dans les cas de tubercules du col de la matrice, les ulcérations se forment dans le vagin probablement comme celles de l'arbre aérien dans la phthisie pulmonaire.

Il n'est pas possible, avec ces observations, de faire l'histoire des affections tuberculeuses dans les organes génitaux de la femme. On pourra, dans certains cas déterminés, parvenir à reconnaître la lésion, soit par l'examen de la matière sanieuse et purulente qui s'échappe par la vulve, soit par l'examen direct des parties intérieures avec le spéculum; mais, le plus ordinairement, les signes des tubercules se confondent avec ceux de la plupart des maladies chroniques de l'organe. Jusqu'à présent, même en supposant la maladie reconnue, je ne vois pas d'autre indication que celle d'avoir recours à un traitement général bien dirigé.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 374.

(2) Louis, *Traité de la phthisie*, p. 143 et suiv.

§ II. — *Tubercules dans les séreuses.*

Les séreuses sont soumises, comme tant d'autres organes, à l'influence tuberculeuse. C'est un fait incontestable pour le péritoine, la plèvre, l'arachnoïde crânienne et rachidienne; mais est-il également vrai pour les séreuses articulaires?

Le docteur Rokitansky (*Anatom. path.*, cité par Ansell, p. 333) admet que des tubercules peuvent se développer dans les membranes synoviales *sous l'influence de l'inflammation*, et cela en même temps que dans d'autres séreuses plus étendues, *quand la tuberculisation des organes parenchymateux est très avancée* et que la diathèse tuberculeuse présente un haut degré de généralisation. J'ai déjà indiqué, en parlant des tubercules des os, comment le tubercule développé dans l'épiphyse d'un os pouvait se faire jour dans une articulation. Je n'y reviendrai pas.

§ III. — *Tubercules dans l'oreille interne.*

J'aurais pu, en parlant du tubercule dans les os, dire quelques mots du tubercule dans l'oreille interne. J'ai préféré appeler spécialement l'attention sur cette altération dans un court paragraphe. Si l'affection restait limitée à cette partie de l'appareil de l'audition, certainement la chirurgie aurait peu de chose à faire; mais, comme la lésion s'étend souvent de proche en proche, elle devient accessible aux instruments et mérite de nous arrêter un moment. M. Fano (1) a présenté à la Société anatomique, en 1854, une pièce remarquable. La portion mastoïdienne du temporal présentait un volume énorme, déterminé par une ostéite tuberculeuse incontestable. Les cellules mastoïdiennes avaient été le siège d'un abcès tuberculeux circonscrit par des parois éburnées.

Le docteur Ansell (2) dit quelques mots de l'ostéite tubercu-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1854.

(2) Ansell, *loc. cit.*, p. 345.

leuse du rocher ou de l'apophyse mastoïde, pouvant donner lieu à une otite interne. Le dépôt tuberculeux est quelquefois limité à la cage osseuse qui contient les osselets de l'ouïe ; mais, parfois aussi, il se propage aux parties voisines. Alors il envahit la trompe d'Eustache, s'infiltré dans les membranes qui tapissent les canaux servant au passage des nerfs, perfore la membrane du tympan, donne lieu à un écoulement presque intarissable de pus, et, dans certains cas, peut déterminer les désordres les plus graves du côté de l'encéphale.

Une observation fort bien rédigée par M. Tassel (1), et accompagnée de quelques remarques intéressantes, est certainement le fait le plus complet que nous possédions sur ce sujet. Une production tuberculeuse de l'oreille moyenne a été le point de départ des désordres les plus graves : destruction complète des parties constituantes de l'oreille moyenne, perforation de la membrane du tympan, inflammation des sinus de la dure-mère, mort par infection purulente. Ce fait vient, une fois de plus, démontrer l'existence d'un kyste dans le cas de tubercules des os. Il existe quelques autres faits que nous devons à MM. Ménière, Kramer, Wilde et quelques autres ; mais aucun n'est aussi complet que celui de M. Tassel.

Dans l'observation de M. Fano, nous voyons que la corde du tympan était comprise dans l'altération générale ; il n'y avait point de paralysie faciale, mais il y avait paralysie de la sensibilité tactile et gustative de la moitié droite de la langue. Le docteur Ancell parle d'altérations du nerf facial, et ajoute qu'à l'inverse de l'otite externe, qui est ordinairement bilatérale, l'otite interne tuberculeuse est le plus souvent limitée à un seul côté. Ce signe, joint à l'examen de la lésion et du pus qui s'échappe par l'oreille, peut conduire à reconnaître la nature de la maladie. Dans certains cas, il peut arriver que la trépanation de l'apophyse mastoïdienne soit indiquée, et que cette opé-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1854, p. 276.

ration, en permettant au tubercule de se vider à l'extérieur, amène la guérison.

§ IV. — *Tubercules dans le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.*

Les auteurs ont parlé de production tuberculeuse dans le tissu cellulaire; mais ce produit pathologique avait eu pour point de départ un organe voisin, et n'était parvenu dans le tissu cellulaire que consécutivement, au moment surtout où il marchait vers l'élimination. M. Hérard cependant dit positivement (1) que, chez les scrofuleux, on rencontre des abcès tuberculeux du tissu cellulaire sous-cutané et profond, distincts des abcès résultant de la fonte des ganglions tuberculeux. Peut-être M. Hérard s'est-il trompé sur la nature de ces abcès, ou sur celle du pus qu'ils renfermaient. Cependant le fait signalé par M. Hérard n'est pas impossible, mais il demande à être vérifié par des recherches attentives et minutieuses.

M. Lebert rapporte (2) deux cas assez douteux: un seul est rapporté avec quelques détails, et il ressort de l'examen attentif du passage de l'ouvrage, que M. Lebert lui-même n'est pas affirmatif sur la présence du tubercule dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le docteur Ancell émet des opinions plus positives. Pour lui, le tissu cellulaire et la peau ne sont point complètement à l'abri du tubercule, bien qu'ils en soient rarement affectés. Il ajoute que la tuberculisation générale a quelquefois débuté par des manifestations locales du côté de la peau. Sir Philip Cramp-ton (3) en rapporte même un exemple intéressant.

Dès tubercules de nature caseuse, développés dans le tissu cellulaire sous-cutané, avaient pénétré dans le derme, où ils existaient depuis cinq ans, quelques-uns à l'état de substance fibro-cartilagineuse, quand le malade mourut phthisique dans le

(1) *Archives*, loc. cit.

(2) Lebert, *Tubercules et scrofules*, p. 283.

(3) *Transactions of the Irish Association*, t. V.

marasme le plus avancé et avec une tuberculisation complète des poumons, du foie et de la rate.

Nous trouvons dans Laënnec un autre cas, d'autant plus intéressant qu'il se rapporte à l'illustre anatomo-pathologiste lui-même. Il avait vingt ans, lorsqu'en examinant des vertèbres, il s'écorche légèrement le doigt avec une scie. L'écorchure s'enflamme et il se forme graduellement, presque sans douleur, une petite tumeur arrondie, évidemment limitée à la peau, et qui au bout de huit jours avait le volume d'un pepin de groseille; l'épiderme alors se rompit et permit de voir que la tumeur était jaune, solide et en tout point semblable à du tubercule jaune, cru. On appliqua un caustique qui la ramollit et la rendit semblable à du tubercule friable; les parois de la cavité étaient d'un gris perlé et presque demi-transparentes. Une deuxième cautérisation amena la guérison. Vingt ans plus tard, Laënnec mourait de phthisie pulmonaire.

Les tubercules sous-cutanés subissent parfois la transformation crétaçée; ils restent longtemps stationnaires alors, et si on les extirpe, ou que la suppuration survienne, c'est sous cette dernière forme qu'ils sont éliminés. (Ansell, p. 167.)

§ V. — *Du tubercule dans les muscles.*

Vidal (t. II, p. 681) avance que si le tubercule se dépose rarement dans les muscles chez l'homme, on en voit cependant quelquefois dans les muscles du cou chez les sujets scrofuleux, et dans les muscles des singes phthisiques. Mais on peut préjuger que ces assertions sont du nombre de celles que différents auteurs répètent en se les empruntant successivement, et sans examiner attentivement leur valeur. En effet, si nous recherchons des preuves, nous n'en trouvons aucune citée à l'appui des propositions énoncées relativement aux singes phthisiques et aux sujets scrofuleux; le fait énoncé par Vidal est, du reste, trop brièvement rapporté pour avoir quelque valeur. M. Ansell est plus explicite.

Les tubercules peuvent se développer dans les muscles, mais il n'est pas démontré qu'ils aient leur siège autre part que dans le tissu cellulaire intermusculaire.

Lombard en a rencontré deux fois dans les muscles intercostaux d'hommes adultes.

Laënnec en a observé le cas le plus remarquable. Il s'agit d'un phthisique dont presque tous les organes étaient tuberculeux, et qui présentait dans l'extrémité inférieure du sterno-mastoidien un dépôt de matière tuberculeuse ferme et consistante; mais dans les points même les plus altérés le tissu musculaire était conservé.

Le docteur Rokitansky (1) fait observer que les tubercules ne se développent dans les muscles que par suite de leur voisinage avec d'autres organes où la tuberculisation est primitive : ainsi pour les muscles intercostaux au voisinage de la plèvre tuberculeuse. (Ansell, p. 317.)

Malheureusement, je suis forcé d'enregistrer tous ces faits sans qu'ils puissent nous fournir d'indications, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement. Les moyens à mettre en usage sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé, et dans la partie générale de ce travail, et à propos des différents organes que j'ai étudiés.

§ VI. — *Tubercule dans le conduit auditif externe.*

Vidal avance (III, 367) que le cérumen et le *tubercule* peuvent simuler des corps étrangers dans le conduit auditif externe. Mais là encore pas de faits, aucune preuve à l'appui de l'assertion. Elle ne peut évidemment avoir aucune valeur. D'où viendrait, du reste, ce tubercule? Des parois du conduit? Je n'en connais pas d'observation, ni chez Vidal, ni ailleurs. D'organes voisins? De l'oreille interne, après perforation et destruction de l'oreille moyenne? Dans cette supposition encore on

(1) Ansell, *loc. cit.*, p. 317.

n'aurait pas affaire au tubercule du conduit auditif externe, qui ne serait pour le produit morbide qu'un lieu de passage.

Je ne connais pas un seul exemple de tubercule dans les *glandes salivaires*.

§ VII. — *Tubercule dans le larynx.*

Les maladies du larynx ne peuvent intéresser le chirurgien qu'au point de vue des opérations à pratiquer lorsqu'une affection grave ayant atteint les cordes vocales, les cartilages ou toute autre partie du larynx et de ses annexes, l'accès de l'air est devenu très difficile ou impossible. L'opération de la trachéotomie a rendu trop de services dans ces circonstances pour que nous ne soyons pas en droit de parler, dans cette thèse, du tubercule dans le larynx.

La présence du tubercule a d'abord été affirmée positivement dans la partie supérieure des organes respiratoires; mais bientôt des observateurs plus attentifs s'étonnèrent de n'y jamais trouver que des ulcérations, et alors qu'il eût été tout à fait impossible de reconnaître la présence du tubercule à ses caractères propres.

Les recherches se dirigèrent de ce côté, et l'on vit que s'il était rare de rencontrer le tubercule cru ou ramolli, chez l'homme, dans le larynx ou dans le tissu sous-muqueux de l'arbre aérien, il était fréquent de rencontrer des ulcérations siégeant sur les cordes vocales, dans les ventricules, sur les deux faces de l'épiglotte, etc.

Il n'est pas nécessaire, du reste, qu'il y ait eu toujours un tubercule là où existe une ulcération. Au contraire, souvent chez les tuberculeux, les muqueuses se trouvent primitivement et d'emblée affectées d'ulcérations. Cette remarque, acceptée pour d'autres organes, est très applicable au larynx.

Et tandis, nous dit M. Lebert, sur l'autorité duquel j'aime à m'appuyer, que la scrofule tend plutôt à déterminer des ulcéra-

tions sur la peau, la tuberculisation produit des ulcérations sur les muqueuses et en particulier sur celle du larynx, etc.

Je serai bref sur les signes des ulcérations du larynx qui accompagnent l'affection tuberculeuse; ce sujet est surtout du domaine de la médecine. Ces signes sont les mêmes pour toutes les ulcérations, quelle qu'en soit la cause; les voici tels que nous les donne M. Louis (p. 669). Lorsque l'épiglotte est ulcérée, le pharynx et les amygdales étant d'ailleurs parfaitement sains, il existe une douleur au-dessus du cartilage thyroïde, de la difficulté dans la déglutition, les boissons sortent par le nez. Si les ulcérations siègent dans le larynx, la douleur existe aux points correspondants aux ulcérations, et alors qu'on presse le cartilage thyroïde de manière à diminuer l'angle de ses deux portions; il y a de la toux et une altération de la voix plus ou moins marquée, suivant que l'altération est plus ou moins profonde. L'histoire et les signes du tubercule dans la trachée sont évidemment hors de notre sujet, nous les passerons sous silence.

APPENDICE I. — *Cavernes pulmonaires.*

Il peut arriver que le chirurgien soit appelé à donner ses soins, dans des cas de phthisie pulmonaire très avancée, à la suite d'accidents rares, il est vrai, dans cette maladie. Je veux parler des collections purulentes déterminées par l'ouverture d'une caverne pulmonaire dans le tissu cellulaire extérieur à la cage thoracique.

Pour arriver à en établir le diagnostic, la collection purulente une fois reconnue, on doit rechercher avec soin quel peut en être le point de départ; s'il n'y a aucun symptôme de lésion des organes voisins, des os, des glandes, des ganglions, des articulations; s'il existe des signes caractéristiques de la phthisie pulmonaire; s'il y a ou non communication du foyer avec l'inté-

rieur du thorax. Ce serait sortir de mon sujet que d'insister sur ce point, car les accidents dont je parle ne doivent nous occuper qu'au point de vue des indications qu'ils présentent pour le chirurgien.

Si la collection n'a plus de communication avec la cavité pulmonaire, on peut inciser le foyer purulent; sinon il faut attendre, pour en venir à cette extrémité, que la collection ait distendu la peau, et soit sur le point de se faire jour à l'extérieur. Or, même dans ces cas, comme les malades sont voués à une mort presque certaine, il vaut peut-être mieux laisser agir la nature que d'avoir recours à l'instrument tranchant.

Si la cavité était bien limitée, bien circonscrite, on pourrait peut-être la traiter comme un abcès (?).

Si le pus était mêlé de gaz, on devrait plutôt alors ouvrir le foyer, et le vider, afin d'éviter la décomposition du pus (?).

On pourrait aussi songer au traitement des abcès par congestion, aux ponctions sous-cutanées, voire même aux injections iodées si la collection était bien isolée (?).

Parfois aussi une cavité pulmonaire, en se rompant sous la peau, est venue donner naissance à un accident qui nécessite encore l'intervention chirurgicale. Tel est le cas de cette malade de M. Cruveilhier, dont il a lui-même rapporté (dans la *Gazette hebdomadaire*, 14 mars 1856) l'histoire que je résume ici.

Une jeune femme de vingt-quatre ans était couchée depuis le 26 décembre 1855 dans le service de M. Cruveilhier, à la Charité, quand, la nuit du 21 au 22 janvier, elle perçut, dans un violent effort de toux, une espèce de sifflement comparable à celui qui résulte de l'insufflation sous-cutanée pratiquée dans les boucheries. Le lendemain matin, emphysème limité à la région sous-claviculaire; mais le 23, l'emphysème a pris, à la suite de quintes violentes, des proportions considérables: la face est monstrueuse; les joues, distendues, résonnent ainsi que des ballons; le cou, énormément tuméfié, se continue presque sans ligne de démarcation avec la face; enfin les régions sous-

claviculaires offrent l'aspect de deux volumineuses tumeurs aériennes, hémisphériques, à sonorité tympanique.

Quelques mouchetures soulagèrent un peu la malade; mais elles étaient insuffisantes pour livrer passage à tout l'air qui s'extravasait incessamment. Aussi, du 24 au 26, l'emphysème se généralisa-t-il, et, en raison des accidents de suffocation, l'on fut alors contraint de donner issue aux gaz par une incision suffisante; celle-ci fut donc pratiquée par M. Peter, interne du service, au niveau de la tumeur aérienne de la région sous-claviculaire gauche, au point où l'auscultation avait fait reconnaître à M. Cruveilhier l'orifice de communication entre la tumeur aérienne et la caverne pulmonaire. A peine l'ouverture fut-elle faite, que l'air contenu dans la poche s'échappa avec bruit, qu'une respiration très active s'établit par cette ouverture et que la malade se sentit soulagée.

Le lendemain, 27 janvier, toutes les poches aériennes s'étaient en grande partie vidées, mais l'emphysème par infiltration n'avait pas sensiblement diminué.

A la suite de l'incision, l'état général s'améliore rapidement et l'emphysème décroît d'une manière sensible.

Le 28, la fistule aérienne est le siège d'une respiration assez bruyante pendant les efforts de toux; l'air, en sortant, entraîne beaucoup de mucosités, de sorte que la malade crache par sa fistule.

Le 29 et le 30, la mamelle gauche, tuméfiée, est devenue extrêmement douloureuse.

Le 31, en soulevant la mamelle, M. Cruveilhier fait sortir par la plaie une grande quantité de pus sanieux, situé dans le tissu cellulaire sous-mammaire. Ce phlegmon de la mamelle n'est point, pour M. Cruveilhier, la conséquence de la présence de l'air dans l'épaisseur de la mamelle, mais celle du passage du muco-pus de la caverne pulmonaire dans le tissu cellulaire sous-mammaire.

Enfin la malade s'éteignit le 3 février, douze jours après l'apparition de l'emphysème.

A l'autopsie on trouva qu'une vaste caverne du poumon gauche communiquait avec le tissu sous-mammaire par une ulcération de la plèvre et des muscles intercostaux. Il y avait de nombreuses altérations de voisinage : carie des troisième et quatrième côtes ; érosion et destruction partielles de leurs cartilages ; vaste foyer purulent intermédiaire au grand pectoral et aux côtes ; autre couche purulente entre le grand pectoral et la peau d'une part, puis entre ce muscle et la mamelle d'autre part.

Il y eut donc là trois ordres de lésions chirurgicales, réclamant chacun une intervention différente : 1° emphysème par infiltration, c'est le cas le plus ordinaire ; les mouchetures y suffisent ; 2° emphysème par collection gazeuse ; à celui-ci, l'incision devient nécessaire ; 3° enfin phlegmasie de voisinage par collection muco-purulente ; ici l'incision encore peut devenir opportune.

APPENDICE II. — Tubercule dans le thymus.

Le tubercule dans le thymus est du domaine de la pathologie interne ; je me contenterai de citer les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, d'après Huagsted (*Arch.*, 2° série, t. III, p. 263) :

Cruveilhier, *Anat. pathol.* (Paris, 1846, t. II, p. 114). Un cas sur un jeune enfant.

Portal, *Rachitisme* (1797, in-8, p. 260). Plusieurs cas chez les rachitiques.

Lieutaud, *Hist. anat. méd.* (1797, in-4° ; édit. Portal, obs. 91, p. 763).

Il cite un thymus qu'il nomme *squirrheux*, terme souvent confondu par lui avec celui de *tuberculeux*. C'était chez un enfant.

Lieutaud, *Hist. anat. méd.*, t. II, p. 114, obs. 448. Un cas chez un homme de trente-cinq ans.

Id., p. 118, obs. 851. Un cas chez un homme de vingt ans.

Id., p. 92, obs 767.

Id., obs. 715. Chez un rachitique.

Enfin, quelques autres cas, chez des individus de treize, vingt-sept et trente ans.

On a cité des cas de tubercules dans le *corps thyroïde*, mais je n'en ai trouvé aucun exemple qui eût même la plus mince valeur.

TROISIÈME PARTIE.

CHAPITRE I^{er}.

INFLUENCE DES AFFECTIONS CHIRURGICALES SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA MARCHE DE LA TUBERCULISATION PULMONAIRE.

Les affections chirurgicales jouent un rôle important dans le développement et dans la marche de la phthisie pulmonaire, autant par elles-mêmes que par les mauvaises conditions dans lesquelles sont placés les malades qui en sont atteints. Nous passerons en revue ces deux ordres d'influences.

1° *Influences indépendantes de la nature de la maladie.* — Toutes les fois qu'une lésion extérieure force le malade à garder le repos, et surtout à rester dans son lit, il est soumis à de fâcheuses conditions.

Les livres de médecine en effet, et les traités d'hygiène, ont démontré les fâcheux effets du repos, surtout du repos au lit, et de l'influence nosocomiale. Il faut à l'homme, comme aux animaux, de l'air et de l'exercice. Il y a longtemps que les vétérinaires ont noté que les moutons et les vaches, qui vivent renfermés dans une étable, sont plus fréquemment phthisiques que ceux qui habitent les pâturages. L'homme atteint d'une affection chirurgicale, placé dans de mauvaises conditions, est exposé aux mêmes dangers.

2° *Influence dépendant de la maladie elle-même.* — Si les circonstances extérieures ont une grande importance sur le développement des tubercules pulmonaires, les affections chirurgicales jouent aussi, par elles-mêmes, un rôle plus ou moins considérable, suivant la nature de la maladie.

L'ostéite, la carie, la nécrose, les altérations chroniques des os, en un mot, ont été d'abord notées par les chirurgiens, comme exerçant une fâcheuse influence sur la tuberculisation interne. Cette opinion appartient surtout aux auteurs qui admettent, sinon identité de manifestations, du moins identité de nature entre les tubercules et la scrofule. Je pourrais même placer, avant les affections que je viens de citer, les lésions tuberculeuses extérieures.

Les suppurations, longtemps prolongées, déterminent quelquefois le développement de la phthisie pulmonaire. Presque tous les chirurgiens en ont observé des exemples semblables aux deux faits qui m'ont été communiqués par M. Nélaton, et que je rapporte brièvement.

Pendant les événements de juin 1848, un blessé fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, et dut subir la désarticulation de la cuisse. Il était jeune, robuste, et présentait tous les attributs d'une excellente santé. La plaie suppura longtemps, plus d'un an. Pendant les six premiers mois, le malade était affaibli, épuisé, mais tout allait bien du côté des poumons. A partir de cette époque, il commença à tousser, il eut des crachements de sang. On entendit à l'auscultation quelques craquements, puis du souffle, etc. En un mot, on vit se développer, et l'on put suivre, presque jour par jour, l'évolution de tubercules pulmonaires. Le malade succomba dix-huit mois après son opération.

La seconde observation, recueillie hors des hôpitaux, concerne une femme placée dans de bonnes conditions hygiéniques. Cette femme fit une chute sur l'épaule, et se fractura l'humérus au niveau du col chirurgical. Un médecin méconnut la lésion, et se livra à toutes sortes de manœuvres pour réduire ce qu'il croyait être une luxation. L'articulation s'enflamma; il survint une arthrite suraiguë, et l'on dut recourir à la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus. Or la femme, douée d'une fort bonne constitution, jouissait d'une parfaite santé. Il n'y avait aucun antécédent de phthisie dans la famille. Il survint une suppuration

longue à la suite de l'opération, de l'épuisement graduel ; enfin des tubercules pulmonaires se développèrent, et la malade mourut phthisique.

M. Gosselin, dans un beau mémoire, inséré dans les *Archives générales de médecine* (1854), a noté que les malades atteints de rétrécissement du rectum succombaient généralement à la phthisie pulmonaire.

On a attribué aux fistules anales une grande influence sur le développement de cette affection.

Quand on cherche les raisons invoquées dans les auteurs, il est bien difficile de dire si vraiment la phthisie a précédé ces affections chirurgicales, ou si elle a succédé à leur développement. Le plus souvent il n'y a que simple coïncidence, ou bien, en même temps que la fistule, d'autres causes ont réagi d'une manière fâcheuse sur l'organisme ; de sorte qu'il est fort difficile de dire si c'est à la fistule ou aux accidents concomitants qu'il faut attribuer l'évolution des tubercules.

Ainsi, M. Gosselin opérait, il y a quelques semaines, un jeune homme d'une fistule anale ancienne. Ce jeune homme était employé dans une imprimerie, il travaillait toute la journée, et il ne consacrait pas toutes ses nuits au repos. Depuis plusieurs mois, il toussait, il avait eu quelques crachements de sang ; on remarquait un peu de matité sous les clavicules, un peu de bruit rude à l'expiration, quelques craquements. L'opération une fois pratiquée, le malade est condamné au repos, il se soigne bien, et l'on voit rapidement disparaître les signes inquiétants du côté de la poitrine.

Or, dans ce cas, il y avait probablement simple coïncidence entre l'existence de la fistule et les accidents thoraciques. Ces accidents dépendaient bien plutôt de l'assiduité au travail et de la négligence du malade ; aussi dès qu'il fut, par son opération, placé dans de meilleures conditions, tout se dissipa-t-il assez vite.

J'ai vu aujourd'hui même (11 avril), à l'hôpital Saint-Louis,

à la consultation de M. Denonvilliers, un malade qui peut nous conduire aux mêmes réflexions.

Un jeune soldat, d'une excellente santé jusque-là, était au siège de Sébastopol; il est atteint du choléra, cause nouvelle d'épuisement. Il guérit; mais à peine est-il entré en convalescence, qu'il lui survient à la marge de l'anus un abcès qui reste fistuleux. Cet abcès fut suivi de plusieurs autres. Aujourd'hui, il est pâle, il a les traits décomposés, et l'on trouve de la matité sous la clavicule droite surtout; des deux côtés, de l'expiration prolongée; du côté droit, des craquements et du souffle. Le malade n'a jamais craché de sang, il ne s'enrhume pas facilement, il ne tousse pas, il a seulement des sueurs abondantes la nuit.

Dira-t-on que le développement de la phthisie est lié à l'existence de la fistule anale, sans tenir compte du choléra et des privations imposées par la guerre?

On comprendrait plus facilement le développement simultané des accidents pulmonaires, si l'opinion émise par MM. Ricord et Gendrin (que cette lésion est assez souvent causée par des dépôts tuberculeux) était appuyée sur des faits positifs. Jusque-là, sans rejeter ce qui a été écrit et dit à ce sujet, il ne faut pas trop abuser du raisonnement si connu : *Post hoc...*

La coïncidence même est assez rare (Louis, *Phthisie*, 2^e éd., p. 106). M. Andral, sur huit cents phthisiques, n'a trouvé que deux fois une fistule à l'anus (*Clin.*, 4^e éd., 4^e vol., p. 308).

Dans tous ces cas, la première idée qui s'offre à la pensée c'est celle de la prédisposition. Si ces malades, placés dans de mauvaises conditions, épuisés par la souffrance, la suppuration, l'insuffisance de la nutrition, ont été atteints de phthisie pulmonaire, c'est, dit-on, qu'ils portaient avec eux le germe de cette maladie: la diathèse n'attendait qu'un accident pour produire ses manifestations, et l'affection chirurgicale a joué le rôle de cause occasionnelle. M. Andral a longuement développé cette idée dans l'article PHTHISIE du *Dictionnaire de médecine*. L'on pourrait bien, à la rigueur, répondre par les faits de M. Nélaton

que j'ai cités plus haut ; mais à ces faits ne peut-on pas opposer ceux où les causes que nous invoquons, au lieu de donner naissance aux tubercules pulmonaires, n'ont déterminé que l'épuisement, le marasme, l'hectisie ? Tel est le fait suivant que j'ai tout récemment rencontré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers.

Un homme fort et d'une belle constitution est entré à l'hôpital pour s'y faire traiter d'un cancroïde du coude. Cette lésion était très étendue, et donnait lieu à une suppuration abondante, sanieuse, ichoreuse, d'une odeur repoussante. Le malade resta plus de huit mois dans les salles de médecine. Enfin, comme l'altération, malgré le traitement mis en usage, marchait toujours en s'aggravant, X... entre dans les salles de chirurgie. Il était pâle, épuisé par la souffrance, la suppuration, et aussi par une diarrhée rebelle. — *Pas de signes de tubercules pulmonaires.* — Amputation du bras ; la plaie marche vers la cicatrisation, les forces du malade reviennent, et l'on peut espérer une guérison prochaine.

On n'a pas noté l'influence de l'âge et du sexe sous le rapport du développement de la phthisie, chez des sujets atteints d'affections chirurgicales graves. Il est permis de croire avec M. Louis, que, comme pour la phthisie simple, la jeunesse hâte le développement des tubercules pulmonaires (p. 456) ; que le sexe n'a pas d'influence marquée sur l'évolution de cette affection (p. 456). Si, chez les enfants, les plaies marchent vite vers la détersion et la cicatrisation, la constitution s'affaiblit plus vite aussi sous l'influence de suppurations prolongées. M. Louis affirme qu'une constitution primitivement débile semble peu favorable au développement de la tuberculisation ; ne pourrait-on pas ajouter, comme corollaire de tout ce qui précède, qu'une constitution affaiblie secondairement, c'est-à-dire à la suite d'affections chirurgicales ou autres, semble au contraire favorable à la naissance de la tuberculisation ?

Si les tubercules pulmonaires existent déjà, les maladies

externes peuvent, dans les mêmes circonstances, hâter leur évolution. Il ne faut pourtant pas accorder trop d'influence aux causes que je viens d'indiquer. On a remarqué que certaines affections chirurgicales, celles surtout qui n'épuisent pas l'organisme, avaient pu retarder la marche de la phthisie; de même que bon nombre d'accoucheurs ont noté que la grossesse retardait le travail de la tuberculisation.

J'ai dit plusieurs fois, chemin faisant, que l'ablation des masses tuberculeuses pouvait accélérer la marche des tubercules pulmonaires. M. Baumès a fait la même remarque pour certaines tumeurs cancéreuses, ainsi qu'il l'exprime dans le passage suivant :

« J'ai vu, dit-il, des femmes dans les familles desquelles il y avait des cancéreux et des tuberculeux, qui se trouvaient affectées de glandes au sein, devenues cancéreuses; elles s'étaient fait opérer vers l'âge de trente-six à quarante ans; très peu de temps après l'opération, une toux, dont elles étaient auparavant affectées, qui n'avait jamais présenté aucune gravité, qu'on avait toujours rapportée à de simples bronchites, prenait tout d'un coup une intensité, un accroissement beaucoup plus grand, et avant toute récurrence du cancer, des symptômes d'une véritable phthisie pulmonaire se déclarant d'une manière évidente, les malades succombaient aux progrès parfois très rapides de cette dernière maladie. » (Baumès, *Diathèses*, p. 395.)

Enfin, il est un autre ordre de maladies chirurgicales, celles surtout qui donnent lieu à une sécrétion humorale, qui ont été souvent considérées comme liées par d'étroites connexions avec la phthisie : tels sont les ulcères simples et variqueux des membres inférieurs, les tumeurs hémorroïdales, etc.

Pour les médecins vitalistes, l'existence des hémorroïdes semble préserver de la tuberculisation; et si celle-ci existe déjà, l'apparition du flux humoral paraît en suspendre la marche et en prévenir les manifestations ultérieures. Cette opinion, qui

n'est pas; du reste, exclusive aux vitalistes, compte de nombreux partisans, à commencer par Hippocrate.

CHAPITRE II.

INFLUENCE DES TUBERCULES PULMONAIRES SUR LA MARCHÉ

DES AFFECTIONS CHIRURGICALES.

Si les tubercules existent à l'état latent dans le poumon, ils n'auront en général aucune influence sur les affections chirurgicales. Il faut pourtant faire une réserve pour certains organes qui, chez les sujets prédisposés ou déjà soumis à quelques manifestations diathésiques, se tuberculisent sous l'influence des causes les plus simples en apparence : le testicule, par exemple.

Mais s'il existe une phthisie bien confirmée, que déjà la santé générale soit altérée, les affections chirurgicales sont quelquefois profondément modifiées.

L'entorse est souvent un accident des plus simples chez des sujets bien constitués; mais qu'elle survienne chez un individu soumis à la diathèse tuberculeuse, surtout si la tuberculisation est déjà assez avancée, cet accident peut devenir le point de départ d'une véritable tumeur blanche.

Les contusions articulaires, les hydarthroses, les inflammations osseuses sont soumises aux mêmes influences.

Il en serait de même des fractures, ainsi que semblent le prouver deux faits extraits de la clinique de Dupuytren (*Clin.*, t. I, p. 42-43). Chez deux enfants, ayant tous deux une fracture de cuisse, la guérison exigea chez l'un quatre mois, et chez l'autre cinq.

En cherchant dans mes souvenirs, dans mes notes et dans mes observations, je ne trouve pas d'exemple de fractures chez des malades atteints de phthisie avancée; et elles doivent être rares, en effet, chez eux, ces malades ne pouvant se livrer alors

à aucun effort, à aucun travail pénible, et ne s'exposant pas aux causes ordinaires des fractures.

Du reste, en l'absence de faits plus précis, il est permis de supposer que la phthisie agit comme les fièvres, les affections générales graves (variole, typhus, etc.). On voit souvent, chez des malades atteints de fracture, la formation du cal s'arrêter, ou du moins être très retardée par une affection grave intercurrente, une pneumonie, une fièvre typhoïde, des abcès par exemple.

Les plaies, les ulcères, chez les phthisiques arrivés à une période déjà avancée, marchent moins vite vers la cicatrisation.

On peut même se demander si la phthisie n'aurait pas une certaine influence sur le phagédénisme syphilitique. Je n'ai pas de faits pour répondre à cette question.

J'ai déjà rapporté un passage du docteur Ancell, dans lequel il traite des altérations du sang chez les tuberculeux. A un autre endroit, il revient à cette opinion et insiste sur l'influence de cette modification du sang sur la marche des maladies. J'extrai de son livre quelques passages qui ont rapport au sujet que je traite en ce moment.

La tuberculose, *en sa qualité de maladie du sang*, ne tient pas seulement sous sa dépendance immédiate une foule d'affections locales et générales, mais elle exerce encore une influence remarquable sur la plupart des autres maladies, dont elle modifie les symptômes, la marche, la terminaison et les indications curatives.

Aussi l'*inflammation* qui survient chez un sujet, dont le sang est à l'état sain, diffère-t-elle notablement de celle qui a lieu lorsque le sang est à l'état tuberculeux. Elle a, dans ce dernier cas, une forme asthénique et qui tend à passer à l'état chronique, ce que l'on comprend facilement si l'on songe au peu de vitalité que possède alors le sang.....

Aussi Hunter avait-il bien remarqué que souvent, chez les tu-

berculeux, il n'y avait point d'inflammation adhésive... (Hunter, édit. angl. de Palmer, vol. I, p. 190.)

..... La réunion des fractures est lente à s'opérer.....

Une plaie, le moignon d'un amputé, se comportent différemment, quand le sang est tuberculeux..... (Ansell, *Treatise on Tuberculosis*, p. 57 et sq.)

Il est regrettable que l'auteur anglais se soit borné à énoncer des propositions générales sans rapporter des faits sur lesquels il aurait pu les appuyer.

CHAPITRE III.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES OPÉRATIONS CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE TUBERCULES PULMONAIRES.

« Nous appelons indication, en chirurgie, ce que le chirurgien » se met devant les yeux, comme une enseigne, pour adviser » quel remède il doit prendre pour guérir ou préserver la personne qui lui est mise entre les mains. » (A. Paré, t. I, p. 84.)

Les indications pour les opérations sont tirées de deux sources : de la maladie et de l'opération elle-même. Nous les examinerons sous ces deux points de vue.

§ 1^{er}. — *Indications tirées de l'examen du malade et de la maladie.*

La première question qui se présente est celle de la curabilité ou de l'incurabilité de la phthisie pulmonaire. Si l'on pouvait résoudre ce problème d'une manière satisfaisante, et déterminer les circonstances dans lesquelles il faut espérer ou désespérer de guérir les malades atteints de tubercules pulmonaires, la question des indications serait bien simplifiée. Mais sa solution est si difficile, que, malgré les nombreux travaux qu'elle a inspirés, le sujet est loin d'être épuisé. Il est cependant quelques considérations qui doivent nous arrêter un instant.

Si la phthisie est souvent incurable dans nos grandes villes, il n'en est pas toujours ainsi dans nos campagnes, où beaucoup de médecins ont pu constater des guérisons certaines de tubercules pulmonaires. Le fait a été noté, du reste, dans les ouvrages médicaux.

Dans nos amphithéâtres, il n'est pas très rare de rencontrer, aux autopsies, des cicatrices anciennes de cavernes pulmonaires. « Il est certain, dit M. Lebert, que beaucoup d'individus ont été tuberculeux, dans le courant de leur existence, mais à un degré si léger, qu'à peine le dépôt a-t-il donné lieu à quelques symptômes.

M. Boudet va plus loin (1) : après avoir cherché à démontrer la très grande fréquence des tubercules pulmonaires, trouvés guéris chez des individus morts violemment ou d'autres maladies, il pose ces conclusions : « Qu'on peut, après avoir été » phthisique au dernier degré, se rétablir complètement ; que » la phthisie peut guérir également chez l'enfant et chez l'adulte ; chez les personnes prédisposées à cette maladie par » voie d'hérédité, comme chez celles qui l'ont contractée accidentellement, quoique chez ces dernières la proportion des guérisons soit notablement plus grande ; que la nature fait, le plus » souvent, tous les frais de la guérison de la phthisie ; qu'on ne » doit plus, comme la chirurgie le pose en principe, proscrire » absolument l'amputation d'un membre sur un phthisique. J'ai » vu trois sujets de treize à dix-neuf ans, atteints d'une maladie incurable du squelette d'un membre inférieur, en outre » d'une phthisie confirmée, se rétablir d'une manière qui paraît » définitive, après l'ablation du membre malade.

» Le fait capital qui me paraît ressortir de ces recherches, » c'est que l'affection tuberculeuse n'est pas, comme la dégénérescence cancéreuse, une maladie incurable dans son essence ; » qu'au contraire elle peut guérir souvent, et que sa gravité

(1) *Revue médicale*, janvier 1843, p. 98.

» excessive et désespérante, tient plutôt à son siège ordinaire, » à son extension et à ses récidives, qu'à sa nature propre. »

Ces conclusions me paraissent trop favorables à la curabilité de la phthisie pulmonaire, et partant trop absolues. Je regrette surtout que M. Boudet ne nous ait pas dit si ses malades amputés étaient devenus tuberculeux avant l'invasion de l'affection du squelette qui a nécessité l'opération.

D'autres auteurs ont émis des assertions bien opposées aux précédentes : ainsi M. Barraud, de Lyon, dans une thèse ayant pour titre : *Réflexions sur les suites des opérations chirurgicales*, affirme que les opérations, loin de retarder la tuberculisation pulmonaire, hâtent, au contraire, son développement, après un temps plus ou moins long. Il ne veut pas toutefois qu'on rejette les amputations ; mais il veut que l'on prévienne les accidents ultérieurs, et il propose... d'établir préalablement un cautère au bras !

Si la phthisie n'est pas toujours une maladie incurable, les opérations que l'on doit pratiquer ne pourront-elles pas exercer une fâcheuse influence sur sa marche et son évolution ?

On a avancé que certaines opérations, l'opération de la fistule anale, par exemple, chez les phthisiques, précipitaient la marche des tubercules. J'ai grand'peur que l'on ait pris pour une conséquence de l'opération une simple coïncidence.

On peut dire de la phthisie qu'elle a une marche uniformément accélérée, qu'elle fait des progrès d'autant plus rapides qu'on l'examine à une période plus avancée. Or, si l'on opère des malades alors que la tuberculisation est déjà arrivée à une de ses dernières phases de développement, si l'on voit les accidents du côté du poumon marcher plus vite, est-on en droit de conclure que c'est l'opération qui a hâté le dénouement ? Pour ma part, je ne le pense pas, et il me semble difficile d'admettre qu'une opération qui, en définitive, se résout souvent à une simple incision, et par laquelle on empêche la stagnation du pus, puisse exercer sur la phthisie cette funeste influence. La

plupart des chirurgiens ne se déterminent pas facilement à opérer une fistule anale chez des malades atteints de tubercules pulmonaires avancés, non le plus souvent parce qu'ils redoutent de précipiter la marche des accidents pulmonaires, mais plutôt parce que l'on a remarqué que, dans ces circonstances, la phthisie retardait la cicatrisation de la plaie.

Si la tuberculisation intérieure joue un grand rôle dans la détermination du chirurgien au moment de pratiquer une opération, il ne doit pas négliger non plus, dans ces cas, de faire entrer en ligne de compte les conditions dans lesquelles se trouve placé le malade.

Un exemple fera bien mieux comprendre ma pensée.

Un individu est atteint d'une tumeur blanche du pied; il est phthisique, même à une période assez avancée. Il est, par sa maladie, condamné au repos, à garder le lit, soumis aux influences nosocomiales, si dans ces conditions il est un moyen de prolonger ses jours, c'est, sans contredit, l'amputation; elle le débarrassera au moins de toutes ces causes d'épuisement, qui viennent ajouter leur influence à celle de la phthisie.

En interrogeant les auteurs, et surtout les auteurs modernes sur ce sujet, on trouve peu de documents: le *Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau, le *Compendium de chirurgie*, les livres de Vidal, de Boyer, de M. Sédillot (*Médecine opératoire*), etc., posent en principe, comme contre-indications des opérations, la phthisie pulmonaire à une période avancée, alors que les tuberculés sont déjà ramollis.

Mais il est, dans ces cas, des distinctions importantes à établir.

Il ressort évidemment, de la lecture de ces ouvrages, que la tuberculisation pulmonaire à sa première période n'est pas une contre-indication pour la pratique des opérations. Il est noté en effet, dans ces livres, que des malades ont vu disparaître les accidents du côté de la poitrine après la guérison de leurs affections chirurgicales. Je retrouve dans mes notes deux faits que j'ai

observés à l'hôpital de la Charité, en 1847. Ils ont rapport à deux hommes, couchés dans la même salle et dans deux lits voisins. Tous deux étaient atteints d'une tumeur blanche du genou; tous deux présentaient des signes de tubercules pulmonaires (peu avancés); ils furent opérés à deux jours d'intervalle; l'opération fut suivie de succès, et les symptômes de phthisie disparurent rapidement. J'ai revu, en 1850, un de ces malades à l'hospice de Bicêtre, la guérison s'était maintenue, et il jouissait d'une excellente santé.

Mais si la phthisie ne doit pas toujours faire reculer le chirurgien devant une opération grave, il est important, pour prendre une décision, de rechercher si les symptômes de tuberculisation pulmonaire ont précédé ou suivi l'évolution de l'affection chirurgicale. Dans le second cas surtout, la phthisie, même à une période déjà avancée, n'est plus une contre-indication aussi formelle.

Cependant, après avoir bien étudié l'état des poumons, si l'on juge que le malade est voué à une mort imminente; *il vaut mieux attendre la mort que de courir au-devant.*

Il faut bien se garder de prendre pour des signes de phthisie pulmonaire, des symptômes d'épuisement, de marasme, d'hectisie, d'infection putride (un chirurgien habile ne commettra point ces erreurs). Si chez les sujets tuberculeux arrivés à la dernière période de la maladie, le marasme, l'hectisie sont autant de contre-indications aux grandes opérations, ces contre-indications deviennent au contraire des indications formelles chez les individus épuisés par une longue suppuration, mais qui ont les poumons sains.

§ II. — Indications tirées de l'opération elle-même.

On a établi (*Traité de médecine opératoire* de M. Velpeau; *Compendium de chirurgie*, etc.) une division importante dans les opérations.

Les unes sont tellement urgentes, tellement indispensables,

qu'elles ne souffrent aucune contre-indication. Telles sont : la trachéotomie ; l'amputation d'un membre broyé ; la ligature d'une artère dans les cas de rupture d'un anévrisme ou de plaie de ces vaisseaux importants ; l'opération de la hernie étranglée. — Dans ces cas, si l'on n'opère pas, la mort est certaine, soit immédiatement, soit dans un espace de temps fort limité. Ce sont des cas fâcheux pour le chirurgien, mais l'intérêt du malade domine toute la pratique chirurgicale. L'opération ajoute, il est vrai, à la gravité de ces maladies primitives ; cependant on doit la pratiquer afin de prévenir une mort immédiate. C'est ce que le chirurgien doit faire comprendre à ceux qui s'intéressent au malade, pour que les résultats ne puissent être imputés à son inexpérience.

Les opérations, pour lesquelles on peut prendre le temps de mûrir sa décision, peuvent être divisées encore en deux catégories. Les petites opérations, les ouvertures d'abcès, les incisions de foyers où la matière purulente est stagnante et fétide, les ponctions dans certains cas, tels que l'emphysème à la suite de rupture de cavernes pulmonaires, etc. Toutes ces opérations, qui ne compromettent pas directement les jours du malade, peuvent et doivent être pratiquées.

Pour les opérations graves, telles que les amputations, les résections, les ablations de tumeurs, etc., j'ai posé dans le paragraphe précédent la règle qui doit guider le chirurgien.

On peut même, depuis qu'on possède un hémostatique si puissant (le perchlorure de fer), rayer en partie des opérations urgentes, indispensables, la ligature des vaisseaux importants quand le malade est arrivé à la dernière période de la tuberculisation pulmonaire. Il faut arrêter l'hémorrhagie ; mais si l'on peut y parvenir sans recourir au bistouri, je crois qu'il est préférable de laisser de côté l'instrument tranchant. On n'est que trop disposé à attribuer aux opérations la mort, qui était pourtant imminente.

Enfin, chez les tuberculeux, quand on doit se servir du cou-

teau, faut-il employer les anesthésiques? Autant qu'on le peut, il convient d'éviter les douleurs aux malades que l'on doit opérer. Cette règle sera mise en pratique quand la tuberculisation ne sera pas assez avancée pour constituer une contre-indication; mais pour les opérations purement *urgentes*, je pense qu'il serait imprudent d'y avoir recours.

J'ai essayé de poser les préceptes généraux qui doivent guider le chirurgien dans la pratique des opérations, chez les tuberculeux; mais je dois ajouter que chaque maladie porte souvent avec elle ses indications spéciales. C'est au chirurgien à les saisir, à les peser, à les juger, et il a pour guide principal alors la voix du *devoir* et de la *conscience*.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

Plan général du sujet 3

PREMIÈRE PARTIE. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES TUBERCULES AU POINT DE VUE CHIRURGICAL. 7

DEUXIÈME PARTIE. — TUBERCULES DANS LES DIVERSES PARTIES ACCESSIBLES A LA MAIN DU CHIRURGIEN. 25

CHAPITRE I. Tubercules dans les os. 25

- II. — dans le testicule. 44
- III. — dans les ganglions. 65
- IV. — dans la mamelle 82
- V. — dans divers organes et dans diverses régions 90

- § I. Tubercules dans les organes génitaux de la femme. . . 94
- § II. — dans les séreuses. 95
- § III. — dans l'oreille interne. 95
- § IV. — dans le tissu cellulaire sous-cutané et la peau 97
- § V. — dans les muscles. 98
- § VI. — dans le conduit auditif externe. 99
- § VII. — dans le larynx 100

- Appendice I. — Cavernes pulmonaires 101
- II. — Tubercules dans le thymus. 104
- dans le corps thyroïde 105

TROISIÈME PARTIE 106

CHAPITRE I. — Influence des affections chirurgicales sur le développement et la marche de la tuberculisation pulmonaire. 106

CHAPITRE II. — Influence des tubercules pulmonaires sur la marche des affections chirurgicales. 112

CHAPITRE III. — Indications et contre-indications des opérations, chez les sujets atteints de tubercules pulmonaires 114

§ I. — Indications tirées de l'examen du malade et de la maladie 114

§ II. — Indications tirées de l'opération elle-même 118



PREMIÈRE PARTIE — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES TUBERCULES

DEUXIÈME PARTIE — TUBERCULES LOCALISÉS

CHAPITRE I. — Tubercules localisés

§ I. — Tubercules dans les organes génitaux de la femme 94

§ II. — Tubercules dans les sécrètes 95

§ III. — Tubercules dans l'oreille interne 96

§ IV. — Tubercules dans le tissu cellulaire sous-cutané et la peau 97

§ V. — Tubercules dans les muscles 98

§ VI. — Tubercules dans le conduit auditif externe 98

§ VII. — Tubercules dans le larynx 100

Appendice I. — Cavités pulmonaires 101

Appendice II. — Tubercules dans le thymus 104

Appendice III. — Tubercules dans le corps thyroïde 108