

du traumatisme peuvent cependant résulter d'une manœuvre exploratrice faite *antiseptiquement, avec méthode, et en temps voulu.*

C'est surtout dans le cas de plaies par armes à feu, que l'exploration du trajet du projectile a été conseillée. Sédillot, Larrey, Legouest, etc., la pratiquaient aussitôt que possible, et dans presque tous les cas. Aujourd'hui, les chirurgiens militaires ne la jugent utile que lorsqu'il y a lésion osseuse ou articulaire (1). Elle doit être complète, c'est-à-dire qu'il faut la prolonger jusqu'à ce qu'on se soit rendu compte des particularités de la blessure, de la présence ou non de projectiles, de lambeaux de vêtements, d'esquilles osseuses, de corps étrangers de toute nature, etc. Le doigt et, lorsque l'ouverture trop étroite ne permettra pas son usage, le stylet, ou l'un des ingénieux instruments inventés pour cet usage (stylet de Nélaton, stylet électrique de Trouvé, stylet-pince de Lecomte, etc.), seront soigneusement trempés dans une solution antiseptique, avant leur introduction.

VI. Pronostic. — Complications.

Si nous nous reportons aux derniers mots de la définition des lésions traumatiques, nous constatons que celles-ci ont une *tendance naturelle à la guérison.* Un traumatisme *simple*, en effet, qui atteint des tissus sains chez un sujet en état de santé parfaite, et placé dans un milieu normal, évoluera spontanément vers la réparation.

(1) A. Poulet et H. Bousquet, *Traité de Pathologie externe*, t. 1^{er}, p. 178.

Au contraire, si l'une ou plusieurs de ces conditions brièvement énoncées font défaut, le traumatisme est dit *complicé*, le processus réparateur manque ou est contrarié par des accidents que nous étudierons ultérieurement.

Les complications des lésions traumatiques relèvent de causes multiples bien signalées par le professeur Verneuil.

1° *Agent vulnérant.* — Le corps vulnérant peut être chargé de substances toxiques, septiques, virulentes, etc.; il peut séjourner dans les tissus (corps étrangers).

2° *Lésion traumatique.* — Perte de substance ou *exérèse*, *siège*, etc.

3° *Blessé.* — Etat constitutionnel ou diathésique; maladies antérieures et intercurrentes.

4° *Tissus.* — Altérations.

5° *Milieux.* — Viciation.

Mais dans l'évolution d'un traumatisme *simple*, nous devons encore tenir compte des conditions physiologiques ou extra-physiologiques dans lesquelles se trouve le blessé, nous voulons parler de l'âge, de la *menstruation*, de la *grossesse*, de l'état *puerpéral* et de la *race*.

Les différentes étapes ou périodes successives que nous traversons depuis la naissance jusqu'à la mort, constituent les âges de la vie (enfance, adolescence (1), âge adulte, vieillesse, etc. (2). Chacune d'elles est caractérisée par des modifications anatomiques et fonctionnelles qui leur sont propres;

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. 1^{er}, Paris, 1879.

(2) Gendrin, *De l'influence des âges sur les maladies*. Thèse de concours, Paris, 1846.

et leur influence sur la réceptivité et l'évolution des affections d'ordre médical ou chirurgical est ce qu'il y a de moins contesté. C'est particulièrement aux âges extrêmes que s'accroît cette influence, aussi nous en tiendrons-nous à l'étude sommaire des lésions traumatiques chez l'enfant et chez le vieillard.

§ A. LÉSIONS TRAUMATIQUES CHEZ LES ENFANTS (1).

Depuis leur naissance jusqu'à l'âge de quinze ans environ, les enfants sont exposés à de très nombreux traumatismes, et les opérations que les chirurgiens pratiquent sur eux méritent, par leur importance et leur variété, de constituer un chapitre spécial.

Les enfants sont faits pour vivre, comme le dit excellemment le professeur Peter; à part les pauvres êtres couverts de syphilides dès leur apparition dans le monde, à part ceux qui, nés dans le septième ou huitième mois, sont frêles, délicats, exception faite de quelques monstruosités à peine compatibles avec l'existence, les enfants montrent, sitôt leur naissance, une puissance vitale vraiment remarquable.

(1) Consultez, outre les publications mentionnées dans ce chapitre :

Giraldès, *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*. Paris, 1869.

Holmes, *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*. Traduction de Larcher, Paris, 1870.

Parrot, *Bulletins de la Société anatomique*, 1879. — *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1877 à 1879.

Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*. Paris, 1878.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1883 à 1886. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*.

Dans la période de l'allaitement, ou naturel, ou artificiel, les traumatismes sont rares, et les opérations ne sont guère nécessitées que par des difformités ou des infirmités. Nous voulons parler de l'imperforation congénitale de l'anus, du pied bot (le varus équin est presque le seul qu'on observe), du bec de lièvre simple ou compliqué, des taches et tumeurs érectiles (1). Dans les affections que nous venons de citer, le résultat de l'intervention chirurgicale varie singulièrement, et cela est fort aisé à comprendre. Par exemple, la recherche de l'extrémité inférieure du rectum, dans le cas d'imperforation anale, est parfois suivie de succès, et le chirurgien peut, après avoir incisé le cul-de-sac rectal, fixer à la périphérie de l'anus l'intestin libéré et abaissé; mais les abouchements anormaux et malheureusement trop fréquents du rectum dans la vessie, l'urèthre, le vagin; l'existence de cordons fibreux, plus ou moins étendus entre le rectum et l'anus, détruisent toutes les chances de réussite. En pareil cas, convaincu de l'inanité de ses recherches, le chirurgien, pour assurer, pour prolonger, du moins, la vie de l'enfant, pratique la colotomie lombaire ou l'anus iliaque, suivant la méthode de Littré. C'est alors une infirmité répugnante, définitive, à ce point que les chirurgiens, et non des moindres, hésitent à faire un anus contre nature, quand ils n'ont pas trouvé, dans la région sacro-coccygienne, le cul-de-sac du rectum imperforé. Quand, au contraire, les recherches ont abouti, les suites opératoires n'existent pour ainsi dire pas, et il en est de même pour la ténotomie sous-cutanée dans le pied bot, pour l'avivement et

(1) De Saint-Germain, *Chirurgie orthopédique*. Paris, 1883.

la réunion dans le bec de lièvre; pour la cautérisation chimique ou ignée des taches érectiles. Chez ces jeunes enfants, la santé générale paraît à peine troublée du fait de l'intervention chirurgicale, la fièvre fait ordinairement défaut, et la guérison survient très rapidement. Il est toutefois un point qu'il importe de signaler; les nouveau-nés, et les enfants âgés de quelques mois, supportent mal les pertes de sang, si minimes soient-elles. Aussi l'opération du bec de lièvre, en particulier, doit être conduite avec la préoccupation constante de ménager le sang du sujet: l'hémorrhagie (1) est la principale cause de l'énorme mortalité (de 35 à 45 %) consécutive à l'opération du bec de lièvre, dans les premiers mois qui suivent la naissance (2).

Quand l'intervention du chirurgien est nécessaire, il ne s'ensuit pas que l'anesthésie chloroformique doit être pratiquée. Le chloroforme doit être donné, chez les tout jeunes enfants, avec une grande prudence; il est même préférable de ne pas l'employer. En effet, la résolution musculaire n'est pas indispensable, la plupart du temps, et la contention du sujet est chose fort aisée.

Les plaies, contusions, fractures, qui d'ailleurs sont rares dans les premiers mois de la vie, guérissent très bien en général, et sans donner lieu à des complications. Il n'en est pas de même des brûlures par l'eau chaude,

(1) *Société de Chirurgie*, Séance du 31 Décembre 1884. Discussion sur le traitement du bec de lièvre (Th. Anger, Monod, Marchand, Berger, Le Dentu, Trélat, Lucas-Championnière, M. Sée).

(2) 14^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie (Avril 1885), Czerny, Volkmann, Partsch, etc.

la vapeur, etc.; celles-ci, même peu étendues, sont extrêmement graves chez les jeunes enfants qui ne peuvent faire les frais d'une longue suppuration, et succombent souvent ou dans les premiers jours qui suivent l'accident, ou quelques semaines plus tard, épuisés et cachectisés.

L'allaitement est terminé, l'enfant a fait ses premiers pas; timide, maladroit tout d'abord, la marche prend de l'assurance; c'est alors qu'il devient turbulent et que, ignorant du danger, il dépense l'activité que donnent une nutrition et un développement réguliers. C'est l'âge des traumatismes, beaucoup plus fréquents chez les petits garçons que chez les petites filles; c'est de 2 à 15 ans qu'on observe, à vrai dire, les affections chirurgicales de l'enfance, et les réactions qu'elles déterminent.

Un fait capital domine la pathologie chirurgicale de cette période de l'existence, la réparation rapide des plaies et traumatismes opératoires, en vertu de l'activité circulatoire et nutritive propres à l'enfance. A l'inverse du vieillard et même souvent de l'adulte chez lesquels un traumatisme, même léger, est l'occasion d'une sérieuse atteinte de la santé, l'enfant résiste d'une manière remarquable aux violences, aux chutes, aux mille accidents, en un mot, que peut causer son imprudence naturelle. La raison en est que l'enfant a des organes neufs; le cœur, les vaisseaux, les viscères ne sont pas altérés, sclérosés, affaiblis par l'âge ou les diathèses. Ce point a été mis en lumière par le professeur Verneuil et ses élèves, et chaque jour les faits cliniques leur donnent raison. Il n'y a pas, chez les enfants, la débilitation organique produite par l'alcool, le paludisme, le saturnisme, l'albuminurie, le diabète,

les maladies du foie, etc. Les vaisseaux doués d'élasticité et de contractilité ne donnent pas lieu à des hémorrhagies post-opératoires, ainsi qu'on le remarque chez le vieillard (Billroth), et l'enfant guérit d'un broiement avec fractures compliquées multiples, qui tuerait infailliblement un adulte.

De même, l'enfance est un admirable terrain pour le chirurgien; il y trouve sans cesse à exercer son talent, bien que la chirurgie infantile soit essentiellement conservatrice.

Nous n'avons pas l'intention, dans ce chapitre, de citer tous les traumatismes de l'enfant, et toutes les opérations spéciales à l'enfance, nous dirons seulement quels sont les caractères généraux de ces traumatismes et de ces opérations.

Les plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants ne présentent rien de bien particulier; l'hémorrhagie immédiate est abondante, mais la cicatrisation est rapide, surtout quand la disposition des lèvres de la plaie a permis la suture. L'infection purulente et la pourriture d'hôpital sont exceptionnelles. Quant à l'érysipèle, aux phlegmons, aux lymphangites, etc., ils sont assez rares après les accidents signalés ci-dessus et presque toujours d'une grande bénignité. Par contre, une complication assez fréquente s'observe à la suite des plaies accidentelles ou chirurgicales (amygdalotomie), c'est l'état diphthéroïde qui n'est pas la diphthérie vraie et qui cède assez facilement à des applications de jus de citron ou de camphre pulvérisé (De Saint-Germain) (1). Les contusions, bosses sanguines, sont aussi une conséquence des nombreuses chutes des enfants, mais la terminaison est favorable en général.

(1) De Saint-Germain, *Chirurgie des enfants*. Paris, 1884.

Les fractures des os des membres offrent ceci de spécial, qu'elles sont souvent sous-périostées, c'est-à-dire que le périoste, très épais, comme on le sait, chez les enfants, ne cède pas à la violence qui a produit la fracture de l'os. Un grand nombre de fractures, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, ne présentent, comme signes caractéristiques, qu'un gonflement plus ou moins considérable et une mobilité anormale; la crépitation est un phénomène qu'on constate plus rarement, et même, pour les fractures de jambe, pour celles du tibia isolément, il n'existe, bien souvent, qu'un bourrelet peu saillant, au niveau de la fracture; pas de mobilité anormale, à plus forte raison, pas de crépitation; les fragments retenus par le périoste sont demeurés en contact; aussi, ces fractures guérissent-elles très rapidement après l'application d'un appareil inamovible.

Il importe de signaler la fréquence des fractures des deux os de l'avant-bras à la partie moyenne. Ce n'est pas la fracture classique du radius par arrachement de l'extrémité inférieure de cet os (Tillaux); les conditions de la fracture sont les mêmes que chez les adultes, mais le mécanisme est différent; les deux os cèdent et se fracturent à peu près au même point, présentant, comme signes particuliers: une incurvation de l'avant-bras et de la mobilité anormale; la crépitation fait défaut; après réduction et contention, ces fractures se consolident en une quinzaine de jours. Les appareils de fractures de l'avant-bras (attelles de Nélaton, ou bandes plâtrées) ne doivent pas être serrés par crainte de gangrène.

Les fractures du coude (extrémité inférieure de l'hu-

mérés et extrémité supérieure du cubitus), s'accompagnent, ordinairement, d'un gonflement énorme qui rend l'examen très difficile ; aussi, l'emploi du chloroforme est-il indiqué pour se rendre compte de l'importance et de la nature du traumatisme. Quant aux fractures de cuisse, très communes chez les enfants, elles guérissent rapidement en cinq semaines au plus, sans raccourcissement, pourvu que l'extension continue ait été faite, du moins chez les sujets de plus de 10 ans.

Les fractures compliquées ne sont pas beaucoup plus graves que les fractures simples, grâce au bon état du système cardiovasculaire, et, aussi aux progrès dus à la méthode antiseptique.

Parmi les luxations, celles du coude sont les plus fréquentes, la réduction avec ou sans chloroforme, est obtenue facilement pourvu qu'il n'y ait pas en même temps fracture d'une extrémité articulaire. Quand l'enfant, la luxation réduite, a été maintenu trois semaines dans un appareil, il faut commencer à pratiquer des mouvements de flexion et d'extension, de supination et de pronation, sinon une immobilisation prolongée pourrait amener une ankylose définitive.

Nous avons parlé plus haut, des brûlures chez les tout jeunes enfants ; nous les retrouvons plus communes encore de 2 à 15 ans. Ce qui fait leur gravité, c'est moins leur profondeur que leur étendue ; elles forment de vastes plaies suppurantes d'odeur infecte, et épuisent promptement le sujet ; quand elles guérissent, c'est en laissant des cicatrices vicieuses, des rétractions exigeant des opérations complémentaires qui ne peuvent qu'atténuer le mal. Ce

qui contribue en outre, à grossir la mortalité des brûlures, c'est que le séjour prolongé des enfants dans les salles d'hôpital, les expose à contracter les fièvres éruptives ou maladies infectieuses dont ce milieu est imprégné. La rougeole, la coqueluche, la diphthérie, la tuberculose, survenant chez ces enfants débilités, affaiblis, en état d'opportunité morbide, revêtent un caractère de gravité tout particulier et constituent souvent la cause immédiate de la mort.

Les lésions scrofulo-tuberculeuses de la peau, des ganglions lymphatiques, des articulations et des os sont excessivement fréquentes chez les enfants. Le point de départ de l'affection est souvent attribué par le sujet ou par ses parents, à un traumatisme quelconque, une chute, une violence, etc. Est-il possible, avec les idées actuelles sur la nature de la scrofulo-tuberculose, de faire jouer au traumatisme le rôle de cause déterminante ? Peut-on dire que la chute sur le genou a été la raison causale de l'arthrite fongueuse qui s'est développée plus tard dans ce genou ? En un mot, les affections tuberculeuses des articulations et des os ne peuvent-elles se produire sans qu'on retrouve à l'origine un traumatisme ? On ne peut être catégorique sur ce point. Les diathèses sommeillent dans l'enfance pour éclater à l'âge adulte ; les maladies infectieuses existent à l'état latent, à l'état de germe, chez presque tous les individus ; quand les forces organiques sont affaiblies, quand le terrain, où se livre le combat incessant pour la vie, quand ce terrain s'appauvrit, la porte est ouverte à l'invasion ; il suffit alors d'une contusion, d'une chute pour établir la victoire définitive des

agents infectieux. Et l'on voit une tumeur blanche du genou, une coxalgie se développer, alors qu'en pleine santé, la contusion, la chute, n'auraient eu aucune suite fâcheuse; c'est ainsi, pensons-nous, qu'il faut envisager l'influence du traumatisme sur le développement des arthrites et ostéo-arthrites tuberculeuses.

Dans le même ordre d'idées, ne voit-on pas le traumatisme rappeler des fièvres paludéennes depuis longtemps disparues? ne voit-on pas chez les enfants, un coup léger, une chute, rappeler ou provoquer l'hystérie? ainsi encore pour la glycosurie. En résumé, le traumatisme (contusion, fracture, plaie), a été l'occasion de la détermination tuberculeuse, il n'en a pas été la cause productrice.

La tuberculose locale une fois établie, qu'il s'agisse d'un abcès froid (Lannelongue), de ganglions caséux, de tumeur blanche ou de carie, les enfants réagissent différemment; les uns, nettement prédisposés, sont emportés dans un délai assez court par la généralisation de la tuberculose dans les poumons et surtout dans les meninges cérébrales. D'autres suppurent des mois, des années entières, puis meurent dans la cachexie et le marasme, atteints de dégénérescence amyloïde du foie et des reins. D'autres encore, et ils forment une classe nombreuse, supportent parfaitement leur grave lésion; ils conservent leur gaieté et leur appétit, n'ont pas de fièvre vespérale; la maladie chez eux est purement locale, aussi la thérapeutique chirurgicale fait-elle chez ces enfants des merveilles. D'abord, un certain nombre d'abcès froids guérissent spontanément (Lannelongue); en outre, la destruction sur place du foyer tuberculeux, (ouverture et grattage des abcès froids et par congestion,

curage des caries osseuses, résection des articulations malades), toutes ces opérations sont souvent couronnées de succès; c'est-à-dire que l'enfant guérit, et par là même est mis, autant que possible, à l'abri de l'infection tuberculeuse (1).

Nous venons de parler de la résection, c'est qu'en effet l'amputation chez les enfants a des indications qui se restreignent de plus en plus. Dans certains traumatismes qui rendent la conservation du membre impossible, quand une tumeur blanche ou une ostéomyélite a causé des délabrements considérables et menace l'existence, le chirurgien doit se résigner à amputer; mais en dehors de ces cas, il faut tenter la conservation du membre au prix d'une résection plus ou moins étendue. Le membre, du moins, reste à l'enfant, raccourci il est vrai, mais pouvant, par l'exercice et un traitement rationnel, recouvrer la plupart de ses mouvements et de ses usages fonctionnels (Ollier) (2).

Le progrès, dans la thérapeutique chirurgicale, ne s'est pas borné à faire abandonner les amputations, fussent-elles même sous-périostées; chaque année marque une étape dans cette voie féconde. Tout récemment, l'ankylose, dans les arthrites du genou et de la hanche, était considérée comme un résultat favorable et désirable; actuellement, les chirurgiens allemands pratiquent des ostéotomies sous-trochantériennes, pour avoir de nouvelles articulations mobiles,

(1) Lannelongue, *De l'ostéo-myélite aiguë. — De l'ostéo-myélite chronique et prolongée*, 1879. — *Abcès froids et tuberculose osseuse*, 1881.

(2) Ollier, *Traité des résections*, Paris, 1886.

permettant au sujet de s'asseoir, ce qu'il faisait avec peine dans l'ankylose coxo-fémorale. Volkmann (Congrès de chirurgie allemande, 1884) conseille même l'extirpation de la synoviale, une sorte d'arthrotomie, plutôt qu'une véritable résection.

Et comment les enfants supportent-ils ces extirpations, ces résections ? Grâce aux pansements antiseptiques, c'est à peine si le thermomètre marque, les premiers jours qui suivent l'opération, une légère élévation de la température ; ils mangent, jouent, et la réunion s'obtient, en général, par première intention, en un faible espace de temps. Dans l'ostéomyélite aiguë, après la trépanation et le drainage de l'os ; dans l'ostéomyélite chronique, après les trépanations multiples et l'ablation des sequestres, les phénomènes généraux qui revêtaient un caractère inquiétant, tombent tout-à-coup, pour ainsi dire ; le traumatisme opératoire est venu apporter les conditions essentielles de la guérison (Lannelongue).

La présence de corps étrangers dans les cavités naturelles, donne rarement lieu à des accidents, eu égard à leur extrême fréquence chez les enfants. La trachéotomie qui est parfois nécessaire pour les corps étrangers de la trachée ou des bronches, est généralement suivie de guérison sans qu'il survienne ces complications bronchiques et broncho-pulmonaires si redoutables dans le croup.

Les calculs vésicaux, tous les auteurs ont insisté sur ce point, se rencontrent très souvent de 4 à 15 ans ; ils constituent une proportion de 25 à 40 % dans une statistique générale. Les signes fonctionnels et physiques sont connus depuis longtemps ; le traitement de ces calculs a

subi seul, dans ces dernières années, d'importantes modifications. En effet, la taille périnéale qui régnait jusqu'ici en maîtresse, est remplacée par la taille hypogastrique, l'ancienne taille de Franco que la majorité des chirurgiens français et étrangers a adoptée. Les perfectionnements apportés dans le manuel opératoire, font que cette grave opération est d'une innocuité presque absolue chez les enfants (1). Sur dix tailles hypogastriques pratiquées par M. Paquet, il n'y a pas eu un seul cas de mort, et tous les malades ont guéri sans fistule, tandis que ce chirurgien a eu 2 morts sur 23 cas de taille périnéale, précisément chez des enfants. Sur les dix tailles hypogastriques dont nous parlons, et dont les observations se trouvent résumées dans le *Bulletin Médicoal du Nord*, et dans les thèses de MM. Muller et Danhiez (2), nous trouvons six cas de taille hypogastrique chez des enfants de 4 à 11 ans ; l'un d'eux avait été, dix-huit mois auparavant, opéré par la taille périnéale.

La direction de la vessie de l'enfant et le peu d'épaisseur de la couche cellulo-graisseuse prévésicale rendent inutile l'emploi du ballon rectal. M. Paquet injecte peu de liquide dans la vessie, et se guide principalement sur la saillie de la sonde pour ponctionner et inciser cet organe. Il emploie, pendant et après l'opération, les lavages antiseptiques, avec la solution saturée d'acide borique ; il se sert de simples tubes à biberon comme de siphon, et les

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1884 et 1885.

(2) Danhiez, *De la taille hypogastrique chez les enfants*. Thèse de Lille, 1885.

injections boriquées sont faites quatre et cinq fois par jour jusqu'au septième jour, époque à laquelle il retiré ces tubes. Dans ses dernières opérations, il a rejeté le fil d'argent comme moyen de fixation des tubes aux lèvres cutanées de la plaie, et a préféré employer un simple fil de soie qu'il tient très lâche, de manière à faciliter dans l'étendue d'un ou deux centimètres le flottage des tubes, et à éviter ainsi leur défaut de fonctionnement par leur plicature dans l'intérieur de la vessie. Les conditions essentielles du succès sont, d'après M. Paquet : 1^o la grande propreté opératoire et l'antisepsie avec l'acide borique ; 2^o les sections nettes ; 3^o les injections répétées dans les tubes jusqu'à granulation de la plaie.

Dans un cas où le péritoine descendait jusqu'à la symphyse, et se laissait difficilement refouler en haut, vers l'angle supérieur de la plaie, M. Paquet préféra l'incision transversale du tissu cellulaire prévésical, parallèlement au bord supérieur de la symphyse, à la dissociation avec le doigt, de ce tissu cellulaire ; il fut, dès lors, facile de refouler en haut le cul-de-sac péritonéal.

Si l'intervention chirurgicale amène ces merveilleux résultats dans les cas que nous venons de citer, on comprend qu'il n'en soit pas de même dans les tumeurs malignes, sarcomes et carcimomes qui n'épargnent pas les enfants. Le cancer de l'œil, le cancer du testicule (Duzan) (1), sont loin d'être une rareté, et le sarcome des membres, qu'il prenne naissance dans le périoste ou dans le tissu conjonctif, se rencontre aussi de temps à autre ; l'opération met bien à l'abri des accidents immédiats, mais la récurrence

(1) Duzan, *Du cancer chez les enfants*. Thèse de Paris, 1876.

est à craindre ou dans le voisinage de l'organe enlevé, ou dans un autre point ; l'infection cancéreuse lie les mains du chirurgien.

En résumé, les traumatismes, fréquents chez les enfants, guérissent généralement très bien et vite, grâce à leur énergie vitale et au bon état de leur système cardiovasculaire ; les opérations les plus graves sont le plus souvent couronnées de succès, mais il importe de ne pas les laisser séjourner trop longtemps dans le milieu hospitalier ; les pansements antiseptiques qui abrègent la durée du traitement post-opératoire, la bonne hygiène, les cures au bord de la mer (Cazin) doivent combler ce desideratum.

§ B. DES LÉSIONS TRAUMATIQUES CHEZ LES VIEILLARDS (1).

Le vieillard est d'autant plus exposé aux complications des lésions traumatiques, qu'à l'affaiblissement de l'activité nutritive (atrophie sénile de Charcot), et à l'alanguissement de toutes les fonctions qui caractérisent l'état physiologique vieillesse, et que Robin a désigné sous le nom d'évolution descendante, s'ajoutent, dans nombre de cas, des altérations dégénératrices multiples, constituant un véritable état pathologique.

La peau ridée, écaillée et amincie par suite de l'oblitération des capillaires, de la disparition du pannicule graisseux et de l'atrophie partielle de ses glandes, perd de son élasticité, de sa souplesse et de sa sensibilité.

La dégénérescence athéromateuse envahit l'appareil circu-

(1) Roux, *Traité pratique des maladies chirurgicales des vieillards*, Marseille, 1879, 1^{re} partie.