

plaies et les cavités, mais à condition que ces dernières soient largement ouvertes et permettent de les utiliser; quant aux pansements antiseptiques appliqués à l'orifice de la cavité blessée ou sur une des extrémités de la plaie, ils ne sauraient avoir qu'une efficacité très restreinte. Enfin, parmi les moyens qui permettent d'éviter le contact de la plaie avec des éléments septiques, nous citerons, comme procédés préventifs, l'alimentation par la sonde nasale ou œsophagienne, dans le cas où l'opération porte dans la bouche, l'arrière-bouche ou les fosses nasales; la trachéotomie (1) a été également dirigée contre les complications pulmonaires.

(1) *Bullet. de la Société de Chirurgie*, Février 1886.

CHAPITRE TROISIÈME

INFLUENCE RÉCIPROQUE DES MALADIES ET DU TRAUMATISME

Ce chapitre, de date relativement récente, ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction, est l'œuvre presque exclusive du professeur Verneuil et de ses élèves. Toutefois, il serait injuste de ne pas signaler les travaux qui ont précédé la première et importante communication sur cette question au Congrès international de Paris.

Dès 1843, Norman Chevers, dans un excellent mémoire traduit par Malgaigne (1), signalait l'influence fâcheuse des altérations viscérales et en particulier des lésions hépatiques sur l'évolution des traumatismes chirurgicaux ou accidentels; quelques années plus tard (1847), L. Boyer (de Montpellier) mettant à profit les données générales formulées avant lui dans les thèses de Dussurgey (2), Andrieu (3), Alquié (4), Strauss, etc.,

(1) *Journal de Chirurgie*, t. III, 1843.

(2) Dussurgey, *Des diathèses dans les maladies réputées chirurgicales* (Th. de Paris, 1817).

(3) Andrieu, *De l'influence des épidémies et des constitutions médicales sur le caractère et le traitement des maladies chirurgicales* (Th. de Montpellier, 1839).

(4) Alquié, *De l'influence des constitutions, des tempéraments et des diathèses sur le caractère et le traitement des maladies chirurgicales* (Th. d'agrég., Montpellier, 1839).

présentait et soutenait sa thèse d'Agrégation sur « *les diathèses au point de vue chirurgical.* »

La même année (1867), un élève de Verneuil, M. Clipet, s'efforçait de mettre en relief le rôle que jouent les maladies générales sur la marche des lésions traumatiques (1); Sir J. Paget (2) parlait, dans ses leçons, des risques que font courir aux opérés les états diathésiques, et Verneuil exposait magistralement ses idées sur le même sujet, au Congrès de Paris, dans un mémoire qui a pour titre: « *Des conditions organiques des opérés; de l'influence des états diathésiques sur le résultat des opérations chirurgicales.* » Depuis lors, le savant professeur, soit par son enseignement, ses écrits et ses communications aux Sociétés savantes (3), soit par la série de travaux qu'il a inspirés, n'a cessé de contribuer à éclairer ce point si intéressant de pathologie chirurgicale générale. Enfin, d'autres chirurgiens, dont nous citerons au fur et à mesure les publications (4) ont apporté leur part de documents; aussi, possédons-nous aujourd'hui des notions précises sur les indications et contre-indications des opérations, sur leur pronostic et sur celui des blessures accidentelles chez les sujets atteints d'états morbides ou diathésiques.

Le professeur Verneuil a fait ressortir, qu'au point

(1) Clipet, *Des rapports des lésions traumatiques avec les maladies générales* (Th. de Paris, 1867).

(2) J. Paget, *The various risks of operations* (The Lancet, 1867).

(3) Verneuil, *Encyclopédie internationale de Chirurgie*, t. I^{er}, et *Mémoires de Chirurgie*, t. III et IV, etc.

(4) Berger, *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques* (Th. d'agrég., Paris, 1875).

de vue clinique, les états constitutionnels et morbides étaient fort dissemblables, à marche aiguë ou lente, graves ou bénins, présentant une tendance à l'aggravation ou à la guérison, etc., réagissant différemment sur le trauma ou subissant diversement l'influence de ce dernier, suivant la phase à laquelle on les observe.

A la période *dyscrasique* ou de début caractérisée par un état pathologique mal défini des liquides organiques, les lésions traumatiques évoluent presque de la même façon que chez les blessés ou opérés sains; de même les manifestations de l'état diathésique ou de la maladie générale, sous l'influence du traumatisme, sont minimales et de peu de durée.

Les lésions périphériques, de peu d'importance, de la deuxième période, font des organes secondaires sur lesquels elles portent des *lieux de moindre résistance*, au niveau desquels se réveillera ou s'aggravera l'état constitutionnel; quant au foyer traumatique, il pourra présenter quelques troubles du processus réparateur.

Enfin, à la troisième période, les altérations des grands viscères portent à son maximum la gravité de l'état morbide. Le travail de cicatrisation est entravé; ce qui est réparé se détruit; des complications diverses (lymphangite, hémorragie, érysipèle, inflammation, gangrène, etc.) envahissent le foyer traumatique, y produisent un poison septique qui, ne pouvant s'éliminer par les organes glandulaires altérés, s'accumule dans l'économie et détermine une septicémie aiguë rapidement mortelle. De son côté, le traumatisme donne un coup de fouet à des lésions déjà fort graves, en

raison de leur siège au niveau de parenchymes essentiels à la vie, et précipite la terminaison fatale.

De ce qui précède, il résulte que, lorsqu'il a affaire à un diathésique, le chirurgien, avant d'opérer, doit peser avec la plus grande attention les indications et contre-indications, choisir le moment favorable pour intervenir, et instituer un traitement médical anti-diathésique qui sera continué après l'opération. Ajoutons que le choix du procédé opératoire et de la méthode de pansement a une importance capitale, et mérite la plus grande attention.

Pour étudier l'influence réciproque des états morbides et du traumatisme soit accidentel, soit chirurgical, nous adoptons un ordre quelque peu différent de celui qui a été suivi jusqu'ici, en faisant une classe à part des maladies nettement *infectieuses* que nous divisons en *aiguës* et en *chroniques*. Ces affections ont, en effet, une étiologie spéciale bien connue pour un certain nombre d'entre elles, encore à l'étude pour les autres. Il en est qui se généralisent d'emblée et toujours; d'autres marquent plus de tendance à la localisation; mais elles peuvent également se généraliser sous l'influence de causes variées parmi lesquelles le traumatisme joue un grand rôle.

1° *Maladies diathésiques*: Arthritisme (herpétisme, goutte, rhumatisme) (1) et cancer.

(1) Le rhumatisme articulaire aigu est regardé comme une affection parasitaire par Klebs; il présente une symptomatologie qui a une grande analogie avec celle des maladies nettement infectieuses (état puerpéral, scarlatine, etc.), mais il n'est ni épidémique ni contagieux.

2° *Dystrophies constitutionnelles* (Jaccoud): Diabète, scorbut et purpura, leucocythémie et hémophilie.

3° *Maladies infectieuses*: 1° *aiguës* (fièvre typhoïde (1), scarlatine, rougeole (2), variole (3), pneumonie (4); 2° *chroniques* (tuberculose (bacille de Koch), syphilis et paludisme (dont l'agent infectieux n'est pas encore bien connu).

4° *Maladies chroniques*: Affections du système nerveux, du rein (albuminurie), du cœur et du foie (5).

5° *Maladies aiguës, intercurrentes*: Embarras gastrique, angines, pleurésie.

6° *Intoxications*, Phosphorisme, arsenicisme, hydrargyrisme, saturnisme, morphinisme et alcoolisme.

1° *Maladies diathésiques.*

§ A. ARTHRITISME.

L'arthritisme (Bazin) comprend deux états diathé-

(1) C'est à Eberth que l'on doit la première description exacte des bacilles de la fièvre typhoïde.

(2) L'agent infectieux de la *rougeole* et de la *scarlatine* n'est pas encore bien déterminé (Voir: *in Semaine médicale*, 19 oct. 1887, p. 424, *Recherches sur le bacille de la scarlatine*, et *in Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences*, oct. 1887, *Recherches sur l'origine animale bovine de la scarlatine*).

(3) Les microbes varioliques décrits par Kéber, Weigert, Cornil et Babés, etc., ont été inoculés avec succès par Bareggi (*Sull'essenza del contagio vajoloso et su altri punti nella eziologia e della patogenesi del vajolo*) (*Gazz. degli osp.* 1886).

(4) Les recherches de Friedländer (1882), Talamon (1883), etc., ont démontré la nature microbienne de la pneumonie fibrineuse. Cependant quelques auteurs admettent encore une forme phlegmasique simple (Hardy, Hallopeau, etc.).

(5) Certaines néphrites (Ch. Bouchard et Cornil) et endocardites rentrent dans la classe des maladies infectieuses aiguës.