

ou chirurgical que l'on peut ranger en trois catégories :

A. *Système nerveux*. — Parmi les accidents se rapportant au système nerveux figurent les *névralgies congestives* (Verneuil), l'*anesthésie locale*, l'*asphyxie locale* et la *gangrène symétrique* (Raynaud, Verneuil et Petit, Moursou) (1).

B. *Système lymphatique*. — Les lymphangites à répétition, depuis la forme légère et fugitive, jusqu'aux formes graves et pernicieuses, sont regardées, particulièrement par les médecins brésiliens, comme de véritables accès malarieux. Ces accès peuvent se terminer par l'érysipèle, la thrombose, la gangrène, etc., et conduire à l'éléphantiasis.

C. *Organes des sens*. — Un grand nombre d'auteurs recommandables ont rapporté au paludisme certaines lésions des yeux et des oreilles. Luschkau, Voltolini citent des otalgies, des otites moyennes intermittentes; l'héméralopie périodique a été attribuée à l'anémie paludéenne, mais c'est le facteur *anémie*, plutôt que le facteur *paludisme*, qui doit être ici incriminé (2). Poncet de Cluny (3), Stedman Bull, Brudenell Carter (4), Verdan (5) ont signalé dans l'intoxication paludéenne, des rétino-choroïdites, des névro-rétinites, l'atrophie du nerf

(1) Moursou, *Arch. de Méd. navale*, nov. 1886, p. 365.

(2) Fontan, *Héméralopie essentielle* (*Recueil d'Opht.*, 1884).

(3) Poncet (de Cluny), *Annales d'oculistique et Bull. de la Soc. de Biologie*, 1878.

(4) Brudenell Carter (*Soc. clin. de Londres*, 1886).

(5) Verdan, *La fièvre intermittente à Ouargla* (*Arch. de Méd. milit.*, 1885).

optique, des hémorrhagies rétiniennes et des conjonctivites intermittentes.

IV. Maladies chroniques.

§ A. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

La connaissance précise des rapports qui existent entre les affections chirurgicales, certaines maladies du système nerveux ou quelques-uns de leurs symptômes, est de date récente, et nous la devons, en grande partie, aux travaux de l'École de la Salpêtrière, que, chemin faisant, nous aurons soin d'indiquer.

1^o *Ataxie locomotrice*. — L.-H. Petit, dans la *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie* (1), a consacré un mémoire important à cette question. Parmi les maladies chirurgicales que l'on observe chez les ataxiques, on a signalé le mal perforant, les arthropathies, les luxations et les fractures spontanées. Ces dernières ne sont pas rares à la deuxième période, parfois même au début de l'ataxie locomotrice, et à M. Charcot revient le mérite d'avoir établi que les altérations des os sont, comme les arthropathies qui les accompagnent dans le quart des cas environ, des troubles trophiques liés à la lésion médullaire. Les os des ataxiques, véritablement raréfiés, usés et résorbés, sont très modifiés dans leur composition chimique. M. Regnard qui les a analysés a trouvé une

(1) L.-H. Petit, *De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec le traumatisme* (*Rev. mens. de Méd. et de Chirurg.*, 1879).

augmentation considérable de graisse et une perte énorme des phosphates calcaires (1). Réduits souvent à une mince lamelle, ils cèdent à une simple contraction musculaire. Les fractures spontanées tabétiques ont leur siège de prédilection sur les grands os longs des membres inférieurs plus atrophiés que les autres portions du squelette ; elles sont multiples (2 à 8 en moyenne), et se produisent simultanément ou à des intervalles très rapprochés. Sur un total de 42 fractures, on en relève 17 de cuisse, 10 de jambe, 6 de l'avant-bras et 2 du bras. La terminaison en est favorable et la consolidation se fait par un cal exubérant, volumineux (2) mais dans un délai un peu plus long que dans les fractures ordinaires, contrairement à l'opinion généralement admise. Ainsi, dans les fractures de la clavicule, la durée a été de 4 mois ; dans celles de la jambe, de 70 jours à 4 mois ; dans celles de la cuisse, de 3 mois ; et dans celles de l'avant-bras, de 6 à 10 semaines (3).

Etant donné que l'ostéite raréfiante qui détermine la lésion du squelette est une lésion trophique, on conçoit comment l'ataxie locomotrice vicie la formation du cal (4), de même qu'en troublant la nutrition de certains tissus elle modifie l'évolution des solutions de continuité ou des contusions des parties molles. La tendance à la suppuration a été signalée chez les

(1) Regnard, *Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences*, 1879.

(2) Richet (*Lec. clin., France méd.*, 1874).

(3) P. Simon (*loco citato*), p. 162.

(4) Parfois aussi des difformités sont la conséquence d'un chevauchement des fragments, lorsque les soubresauts occasionnés par des douleurs fulgurantes empêchent la contention régulière.

tabétiques, et l'on a observé chez eux l'arthropathie (Ball, Charcot, Hayem, etc.) et la myosite suppurées, le pseudo-phlegmon, etc.

La recrudescence des symptômes du tabès, à part quelques faits exceptionnels et sujets à discussion, est habituelle à la suite de traumatismes (1) ou d'opérations diverses, même légères (ponction d'hydrocèle suivie d'injection iodée, etc.), intéressant et irritant les nerfs périphériques (2). Les fractures qui nécessitent l'application d'appareils de contention et un décubitus dorsal prolongé, exposent en outre aux eschares, aux affections thoraciques, et aggravent ainsi singulièrement le pronostic. De nombreuses et concluantes observations démontrent que les traumatismes portant directement (chute sur le dos, fractures du rachis) (Charcot, Lockhart Clarke, etc.) ou indirectement (chute sur les pieds ou le siège) sur la colonne vertébrale, peuvent être le point de départ du tabès, et il est probable que les traumatismes périphériques en déterminant des lésions médullaires (myélite subaiguë ou chronique) par l'intermédiaire des cordons centripètes, peuvent aussi donner naissance aux symptômes de l'ataxie locomotrice, en particulier chez les syphilitiques, les alcooliques et les arthritiques, prédisposés à la sclérose.

(1) Bouchaud, *Ataxie locomotrice; fracture de la jambe gauche; aggravation des phénomènes ataxiques du côté opposé, etc.* (*J. d. Sc. méd. de Lille*, 1887).

(2) Les succès obtenus par Langenbeck (*Centr. f. nerv.*, II, 536), et Esmarch (*eodem loco*, III, 195), au moyen de l'élongation des nerfs, se rapportent vraisemblablement à des troubles nerveux d'origine réflexe et non tabétique.

2° *Hystérie. — Épilepsie.* — Les faits observés établissent que, chez les hystériques, à part quelques cas dans lesquels la membrane granuleuse a été le siège de congestions hémorragiques ou d'autres troubles peu importants (1), la cicatrisation marche normalement, et que la consolidation des fractures se fait dans un délai ordinaire (2). Cette absence de complications inflammatoires tient sans doute à l'insensibilité de cette catégorie de blessés à la douleur.

Il est justement admis aujourd'hui, que si le traumatisme ne crée pas de toutes pièces l'hystérie, il réveille en provoquant des contractures localisées et douloureuses (hystérie locale et arthralgies), des paralysies flasques, des paralysies avec contracture, etc., une sorte d'état constitutionnel qui, jusque-là, ne s'était pas montré avec ses manifestations caractéristiques. La cause traumatique déterminante peut être violente (chute d'un lieu élevé, accident de chemin de fer (3), avec ou sans shock, ou légère (opération d'hygroma, piqûre d'aiguille, etc.). Quant à l'épilepsie, elle peut naître directement à la suite d'une blessure atteignant les nerfs périphériques,

(1) On sait que les sectateurs d'Aïssa, en dansant et en chantant en chœur, se procurent une sorte d'extase, dans laquelle, devenus insensibles à la douleur ils se lardent la poitrine avec un coutelas bien affilé, ou se traversent les chairs de longues broches de fer, sans qu'il s'écoule une goutte de sang de leurs plaies (Curzon, *In Fortnightly Review*, 1887).

(2) Brousses, *De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques* (Th. de Paris, 1878).

(3) Putnam (*Amer. J. of neurolog.*, 1884). — Charcot, *Leçons sur les mal. du syst. nerv.* (t. III, 2^e fasc., 1887).

l'encéphale ou son enveloppe crânienne et la moelle. On sait que Brown-Séquard détermine cette névrose chez les animaux, en leur sectionnant une partie de la moelle ou bien le sciatique. Les faits cliniques, rares en ce qui concerne la moelle, sont nombreux pour l'encéphale et les nerfs. Nothnagel et Voisin citent les exemples de deux enfants devenus épileptiques, l'un à la suite d'une fracture de l'occiput, l'autre après une chute sur la tête. Une blessure des extrémités (Briand), une brûlure profonde du membre supérieur (Hallepeau), l'irritation d'une branche du trijumeau par un fragment de verre, depuis longtemps logé sous le cuir chevelu de la région temporale droite, etc., ont été le point de départ de l'épilepsie vraie.

Les arthralgies, les contractures, les douleurs localisées sur le trajet des troncs nerveux, accompagnées d'hyperesthésies cutanées que provoque une lésion traumatique (contusion, piqûre, fracture, etc.) chez les hystériques, sont des phénomènes suffisamment connus, depuis les travaux de Brodie, Charcot, Robert et Verneuil, pour que nous ne nous y arrêtions pas (1). Plus récemment, dans ses leçons de 1885-1887, à la Salpêtrière, Charcot (2) a appelé l'attention des médecins sur la production de paralysies flasques (3),

(1) L'influence pathogénique du traumatisme a été signalée par Charcot dans la production de la *paralysie agitante (eodem loco et Progrès médical*, 1878); par Bouteille, Weir-Mitchel et Labanowski (Th. de Paris, 1879), dans la détermination des accidents de la *chorée*.

(2) Charcot, *Monoplégies brachiales, traumatiques et hystéro-traumatiques* (*Gazette des Hôpitaux*, p. 965 et 1041, 1887).

(3) La paralysie flasque peut se transformer en paralysie rigide.

psychiques, par une sorte de suggestion imposée par le traumatisme, d'où leur nom de paralysies *hystéro-traumatiques* (1). Une chute sur l'épaule (Féréol, Troisier, Terrillon, Debove (2), etc.), ou sur la paume de la main (Chauffard), déterminent souvent au bout de quelques jours, chez les hystériques, des *monoplégies brachiales* caractérisées par la diffusion de la paralysie sensitivo-motrice, par la diminution des réflexes, par la production de troubles trophiques légers et passagers (Babinsky), par l'absence ordinaire de contractures, et susceptibles de guérir spontanément, par l'application d'un massage méthodique, ou sous l'influence de la suggestion, d'une émotion légère, etc. On a vu, cependant, ces paralysies s'installer pour une durée beaucoup plus prolongée, des mois, des années, sans que le chirurgien puisse prévoir l'époque de la guérison.

D'un autre côté, la trépanation (Clark, Horsley (3), Echeverria) (4), l'extirpation d'une tumeur ou d'une cicatrice, l'énucléation de l'œil dont la choroïde était ossifiée (Brudenell Carter), etc., ont guéri l'épilepsie vraie, de même que l'extirpation des ovaires atteints d'inflammation chronique (5) (Terrier, Pozzi, etc.), a donné des

(1) H. Poupon, *Paralysies hystéro-traumatiques*, revue critique (*L'Encéphale*, n° 1, 1886). — P. Berbez, *Hystérie et traumatisme* (Th. de Paris, 1887). — Méchin, *Des monoplégies hystéro-traumatiques* (Th. de Paris, 1887).

(2) *Soc. méd. des hôpitaux*, oct. 1887.

(3) *Sem. médic.*, oct. 1886.

(4) D'après cet auteur, sur 145 cas d'épilepsie traumatique, il y aurait eu 93 guérisons et 28 améliorations.

(5) Terrier, *Opération de Baltey; guérison des douleurs et de l'hystérie* (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885-1886).

résultats favorables dans l'hystérie, la manie, l'hystéro-épilepsie, et dans la folie liée à des troubles de la menstruation (1). Hâtons-nous d'ajouter que, lorsque l'ovaire est normal, l'opération de la castration destinée à combattre les accidents nerveux ne doit être acceptée qu'avec les plus grandes réserves, car elle expose à la mort et ne donne que des résultats incertains (2).

3° *Hémiplégie. — Paraplégie. — Paralysie spinale de l'enfance.* — L'étude de cette question est beaucoup moins avancée. *A priori*, l'état d'infériorité vitale et nutritive des tissus dans les membres paralysés explique que les fractures se rencontrent de préférence du côté paralysé (3); elle fait aussi supposer une certaine lenteur dans le processus réparateur. Cependant, dans deux fractures de cuisse et une autre de bras chez des hémiplégiques, la consolidation était complète au bout de six semaines pour les deux premières, après 21 jours pour la seconde (4). La guérison fut également régulière chez deux individus, porteurs de fractures, observés par Damaschino et Pillot, et atteints dans leur enfance de paralysie spinale. Enfin, chez les paraplégiques, d'après Gurlt, les fractures se réuniraient dans un laps de temps normal.

(1) Fraipont, *Extirpation des deux ovaires et des trompes dans un cas d'ovarite chronique avec phénomènes hystériques* (*Soc. méd. chirurg. de Liège*, janvier 1887).

(2) *Discussion à la Soc. obst. et gynéc. de Paris* (séance du 9 juin 1887). — Homans (*Congrès méd. intern. de Washington*, sept. 1887). — Magnin, *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux* (Th. de Paris, 1886).

(3) Berbez, *Fractures spontanées dans un membre frappé de paralysie infantile spinale* (*France médic.*, 1887).

(4) P. Simon (*loco citato*), p. 185.

4^o *Paralysie générale. — Aliénation mentale.* — Nous avons dit précédemment que les lésions traumatiques fréquentes chez les aliénés agités, comme chez les épileptiques, évoluaient pour ainsi dire normalement et sans complications sérieuses; mais il n'en est plus de même chez les paralytiques généraux et les déments ou fous déprimés. A la période avancée de la maladie surtout (Dagonet, Baillarger, etc.), les moindres solutions de continuité ou contusions deviennent le point de départ de lésions inflammatoires, suppuratives ou gangréneuses; J. Decorse (1) a noté fréquemment l'apparition de lymphangites, de phlébites, de phlegmons diffus, à la suite des ulcères des membres inférieurs. Des collections purulentes énormes se forment sans provoquer, pour ainsi dire, de phénomènes réactionnels; ces abcès, comme les plaies du cuir chevelu, sont loin de comporter toujours le pronostic fâcheux qu'on leur a attribué; on les voit souvent guérir rapidement (Picqué, comm. écrite). La réunion par première intention peut même être obtenue, ainsi que le démontre l'observation de M. Pozzi (2).

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des fractures chez les aliénés et les paralytiques généraux. Davey en fait une complication fréquente de la folie, et Gudden aurait trouvé 16 cas de fractures sur 100 autopsies d'aliénés ou paralytiques généraux, tandis que Deguise soutient qu'elles ne sont pas plus fréquentes chez les

(1) Decorse, *Considérations sur la chirurgie des aliénés* (Th. de Paris, 1871).

(2) Pozzi, *Contribution à la chirurgie des aliénés, etc.* (Gaz. méd. de Paris, 1880).

déments que chez les autres. Enfin, tout récemment, M. Christian faisait remarquer que, dans une période de 6 années, il n'en avait constaté aucun cas chez les paralytiques généraux. Quoiqu'il en soit, ces fractures par la légèreté de la cause, par les troubles trophiques qui les accompagnent (mal perforant), se rapprochent des fractures tabétiques (Biauté, Arnozan); les médecins anglais, Mordret, Verneuil, etc., en France, ont du reste signalé les lésions de l'ostéomalacie partielle dans les différentes formes de l'aliénation mentale, et M. Ball, dans ses Leçons, indique comme altération osseuse de la paralysie générale, l'augmentation des éléments gras et l'abaissement notable des sels calcaires.

Le pronostic des fractures chez les déments et les paralytiques généraux doit être très réservé, à cause des conditions mauvaises de l'état général. Ch. Vallon (1), P. Simon, Biauté, etc.), rapportent bien des observations dans lesquelles la consolidation s'est faite rapidement, mais, d'autre part, il y a des faits nombreux de consolidation vicieuse et tardive ou même d'absence de consolidation; dans un cas de fracture de cuisse, il y eut suppuration du foyer et mort par septicémie (Ozenne). Chez les agités, il est difficile d'avoir une bonne contention; aussi observe-t-on souvent des consolidations vicieuses. Dans tous les cas, il convient de renouveler souvent les appareils, et de ne pas les serrer, à cause de l'indocilité des malades et de la facilité avec laquelle peuvent se produire des eschâres.

(1) Vallon, *De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques* (Th. de Paris, 1882).

L'influence réciproque du traumatisme en général, et surtout du traumatisme crânien (chutes, blessures) est des mieux établie, surtout chez les sujets prédisposés, en ce qui concerne la paralysie générale et l'aliénation mentale (Lasègue, Duret, Azam, Ball, etc.); il en serait de même, pour certains auteurs, des émotions morales vives, des affections chroniques et douloureuses en général, de celle des organes génitaux et de la face en particulier. Une récente observation de Jeannel (1) semblerait même établir que le traumatisme est capable de rappeler des manifestations antérieures complètement guéries. Par contre, les grands traumatismes, les opérations (Ayes (2), Picqué, comm. écrite) les affections aiguës, les anthrax volumineux, et la suppuration en général, améliorent ordinairement l'état cérébral; parfois, cependant, ils ne le modifient aucunement, comme dans l'observation récente de M. Voisin (3).

§ B. MALADIES DU REIN. — ALBUMINURIE.

En raison de l'importance fonctionnelle du rein qui n'est pas moindre que celle du foie, l'étude des rapports réciproques de ses maladies et du traumatisme intéresse à un très haut degré le chirurgien.

(1) Jeannel, *Traumatismes et états constitutionnels. Amputation sous-astragaliennne chez une cérébrale*, etc. (*Gaz. méd. de Paris*, 1886).

(2) Ayes, *Délire mélancolique, phimosis, circoncision, guérison* (*Pittsburg med. Rev.*, 1886-87).

(3) Voisin, *Phlegmon diffus sous-aponévrotique du membre supérieur gauche compliqué de tétanos au cours d'une manie subaiguë; guérison du tétanos sans modification de l'état maniaque* (*Ann. méd. psych.*, sept. 1887).

Irrigué par une quantité considérable de sang que lui apportent de volumineuses artères, le parenchyme rénal est un filtre éliminateur pour les matériaux de désassimilation de nos tissus et pour un certain nombre de produits nocifs venus du monde extérieur. En portant atteinte à son intégrité anatomique, les affections rénales auront comme conséquence l'accumulation de déchets nuisibles à l'organisme dans le liquide sanguin, la sortie de ce dernier de matériaux utiles (albumine); de là, au bout d'un certain temps, une altération de tous les tissus et de tous les organes, une diminution de la force de résistance aux traumatismes qui les frappent, un état général morbide particulier auquel Verneuil donne le nom de *néphrisme* (2). « Cet état général, qui s'observe chez les sujets atteints d'une affection rénale grave, ancienne ou récente, peut être aigu ou chronique, temporaire ou prolongé, latent ou révélé par des symptômes plus ou moins évidents, au premier rang desquels se placent les qualités de l'urine. » Parmi ces symptômes, un des plus importants est l'albuminurie, qui peut dépendre sans doute d'une maladie du sang ou d'un trouble de la circulation augmentant la pression artérielle dans les glomérules de Malpighi, mais dont la cause habituelle et immédiate est presque toujours une lésion rénale.

Les pathologistes anglais, Bright, en particulier, avaient bien observé les complications qui surviennent à la suite de lésions peu importantes (mouchetures) des

(2) Verneuil, *Encycl. intern. de Chirurgie*, t. I, p. 149, 1883.

téguments chez les albuminuriques, et Rayer, un peu plus tard, avait aussi signalé les inflammations phlegmoneuses et les accidents gangréneux dans le cas de néphrite albumineuse, mais le premier mémoire important sur la question qui nous occupe fut publié par Norman Chevers (1845), qui insiste, en particulier, sur la gravité des opérations et des traumatismes chez les albuminuriques. Sur 153 cas de mort après des lésions traumatiques et des opérations diverses, Chevers a trouvé 72 fois le rein malade. Plus tard, Verneuil et J. Paget ont signalé les conséquences désastreuses des affections rénales, et leurs leçons ont inspiré des travaux intéressants, parmi lesquels nous citerons les thèses de Zantiotis (1), Leneveu (2), Mantey (3), Bruchet (4)... etc. A plusieurs reprises, les Sociétés savantes (5) ont discuté cette question, et tout récemment, M. Barette s'est occupé, dans sa thèse d'agrégation, d'une classe de néphrites qui relèvent du traumatisme et surtout de ses complications (6). D'une façon générale, ainsi que l'ont mis en relief Verneuil et ses élèves, non seulement le traumatisme aggrave une affection des reins laquelle, à son tour,

(1) Zantiotis, *Relations qui existent entre l'albuminurie et les affections chirurgicales* (Th. de Paris, 1868).

(2) Leneveu, *Contribution à l'étude des maladies chirurg. à urines albumineuses, etc.* (Th. de Paris, 1878).

(3) Mantey, *Essai sur le traumatisme chez les albuminuriques* (Th. de Paris, 1881).

(4) Bruchet, *Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales* (Th. de Paris, 1881).

(5) Verneuil, *Congrès int. de Méd. de Paris, 1867; Soc. Anat., 1873; Soc. de Biologie, 1875; Soc. de Chirurgie, 1883.*

(6) Barette, *Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical* (Th. d'agrégation, 1886).

modifie défavorablement le processus réparateur, mais il détermine des troubles fonctionnels (1), et ses complications surtout sont le point de départ de désordres anatomiques, de néphrites.

Les maladies du rein retentissent d'autant plus fâcheusement sur le traumatisme accidentel ou chirurgical qu'elles entravent davantage ses fonctions, et, sous ce rapport, il faut placer au premier rang la néphrite parenchymateuse; viennent ensuite l'hydronéphrose double, la dégénérescence kystique, la dégénérescence amyloïde, la lithiase, la pyélo-néphrite. Habituellement, du reste, c'est aux néphrites parenchymateuses et interstitielles que l'on a affaire. Bruchet, dans sa très intéressante thèse, nous montre la guérison d'une contusion simple du thorax et de la poitrine troublée par des accidents insolites, l'évolution irrégulière de pneumonies secondaires graves chez deux néphrétiques; mais c'est principalement dans les plaies accidentelles et opératoires que se manifeste l'action fâcheuse du néphrisme.

Chez les albuminuriques vrais, le travail réparateur s'accomplit très lentement; de l'œdème persiste autour des cicatrices amincies qui n'attendent qu'un faible choc pour se rouvrir; souvent même la cicatrisation se suspend tant que l'anasarque infiltre les tissus amoindris dans leur vitalité; dans ce cas, la moindre solution de continuité (piqûres, ventouses scarifiées, saignée, etc.) peut se changer en ulcération plus ou moins étendue dont les bourgeons charnus, grisâtres et boursoufflés, ou

(1) Nepveu, *Oligurie et anurie traumatiques* (Congrès de Clermont-Ferrand, 1876).

saignants, sécrètent abondamment un pus séreux ; ou bien des accidents locaux, des lymphangites, des phlegmons, des érysipèles éclatent, qui prennent rapidement un caractère de gravité, et menacent la vie du blessé. L'amointrissement de la vitalité des éléments anatomiques ainsi modifiés peut avoir des conséquences plus graves encore, et il n'est pas rare d'assister au développement du sphacèle des lambeaux d'amputations, du phlegmon diffus gangréneux, de la gangrène foudroyante, surtout lorsqu'il s'agit d'une blessure grave (fracture exposée, contusion violente, etc.).

La prédisposition aux complications générales infectieuses des plaies n'est pas moins grande ; « les chances de pyohémie, comme le dit Pajet, semblent atteindre leur maximum ». L'organisme des rénaux constitue en effet un excellent terrain pour l'évolution de l'érysipèle, de la septicémie et de la pyohémie (1). Si l'on ajoute, suivant la remarque judicieuse de M. Terrier (*loco citato*), que fréquemment le diabète et l'alcoolisme coexistent et aggravent la déchéance organique, on ne sera pas surpris de la gravité des complications dont les exemples abondent dans les thèses de Leneveu, Bruchet et dans les recueils d'observations.

Un accident que Chevers avait bien observé et sur lequel Verneuil a depuis insisté ainsi que ses élèves dans leurs travaux, c'est la tendance marquée aux hémorragies secondaires, abondantes, multiples et répétées au niveau de la solution de continuité, en

(1) Nicaise, *Néphrite et infection purulente* (*Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1878).

même temps que se produisent spontanément des épistaxis, de l'hématurie, etc. (Bruchet).

En résumé, l'existence d'une maladie des glandes rénales imprime au traumatisme accidentel ou opératoire une gravité d'autant plus redoutable que l'insuffisance fonctionnelle est plus marquée, et que les autres viscères sont dans un état d'intégrité moins satisfaisant. On n'ignore plus aujourd'hui que l'ébranlement du traumatisme accidentel ou opératoire entraîne chez tous les sujets une modification soit dans la circulation, soit dans l'innervation des reins, et partant des troubles de la sécrétion urinaire, de l'albuminurie passagère (1). Non-seulement les blessures du rein peuvent produire une anurie plus ou moins grave ; mais l'oligurie et l'anurie passagères sont aussi la conséquence par action réflexe des grands traumatismes des membres inférieurs (2). De même, l'albuminurie passagère avec polyurie a été observée à la suite de commotion cérébrale et de traumatisme portant sur les centres nerveux, sur la zone urinaire, et elle est vraisemblablement due dans ces cas, à une forte congestion des reins par trouble de l'innervation vaso-motrice. On sait d'ailleurs que Cl. Bernard la produisait expérimentalement en piquant le plancher du 4^{me} ventricule et Vulpian en sectionnant le nerf grand splanchnique (3).

(1) Terrier, *Albuminurie post-opératoire et post-anesthésique* (*Rev. de chir.*, 1885).

(2) Nepveu (*loco citato*).

(3) Tout récemment, J. Teissier (de Lyon) a appelé l'attention sur l'albuminurie intermittente « trahissant chez les jeunes sujets un trouble fonctionnel symptomatique d'une dyscrasie naissante héréditaire, qui lui paraît être la goutte » (*Bull. médical*, oct. 1887).

Dans une note insérée dans la *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie* (1877), Verneuil admet que « plusieurs affections chirurgicales, phlegmon, érysipèle, lymphangite, anthrax, ostéite, périostite aiguë, etc., peuvent provoquer l'albuminurie chez les sujets dont les reins ne présentaient avant l'invasion du mal, aucune altération » ; M. Barette va plus loin, affirme que « les traumatismes et surtout leurs complications sont l'origine certaine de lésions rénales, de néphrites » et apporte des expériences et des observations nombreuses à l'appui de son opinion. Les néphrites infectieuses dont s'occupe l'auteur, sont dues à l'action d'éléments infectieux apportés au rein par les vaisseaux, dans les maladies chirurgicales (pyohémie, septicémie, érysipèle, fractures compliquées, suppuration de la peau, des os et des jointures, arthrites infectieuses, traumatismes du rein, etc.) ou dues aux maladies des voies d'excrétion de l'urine (blennorrhagie, tuberculose, calculs vésicaux, hypertrophie prostatique, rétrécissements, etc. (néphrites infectieuses ascendantes). Ces néphrites aggravent énormément le pronostic de la lésion traumatique qu'elles compliquent et entraînent le plus souvent la mort à bref délai.

Lorsqu'il existe une lésion rénale aiguë ou chronique antérieure, le traumatisme accidentel ou opératoire, qu'il porte sur l'appareil urinaire lui-même ou à distance, détermine une aggravation presque immédiate de la lésion. On sait avec quelle facilité la moindre opération, le cathétérisme, par exemple, provoque des accidents graves chez les urinaires qui ont en même

temps de la néphrite interstitielle ou une autre lésion; de même que les opérés de taille, de l'uréthrotomie, de la lithotrothie sont rapidement emportés par des accidents urémiques, des inflammations gangréneuses, diffuses, etc., lorsque les reins sont altérés.

Le traumatisme périphérique peut aussi, mais plus lentement, provoquer des accidents mortels. La poussée congestive qu'il détermine du côté des reins malades exagère ordinairement les symptômes (albuminurie, anasarque, fièvre, dyspepsie, etc.), ou en détermine l'apparition, si l'affection était restée jusque-là latente, ou bien encore devient le point de départ de troubles graves qui ne se seraient produits qu'ultérieurement, dans le cours ordinaire de la maladie ; ces désordres peuvent à la vérité s'améliorer et guérir, mais parfois, sous l'influence du coup de fouet reçu, la lésion rénale s'aggrave jusqu'à la mort.

Il résulte des considérations précédentes que, chez les individus atteints d'une affection rénale caractérisée, on ne devra pratiquer que les opérations d'urgence, choisir le procédé le plus innocent pour l'état diathésique, ne pas tenter la réunion par première intention et s'entourer de toutes les précautions antiseptiques (Verneuil). On trouve dans la thèse de Bruchet plusieurs observations dans lesquelles la blessure chirurgicale a évolué dans ces conditions sans accident et a fait disparaître l'albuminurie.

Dans les autres cas une première et indispensable précaution à prendre avant de tenter un acte opératoire, c'est de faire avec soin, pendant plusieurs jours et