

Res Br 91

EXTRAIT
DU
CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (2^e session, 1886)
(FÉLIX ALCAN, éditeur.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INDICATIONS OPÉRATOIRES
DANS L'ALBUMINURIE

PAR

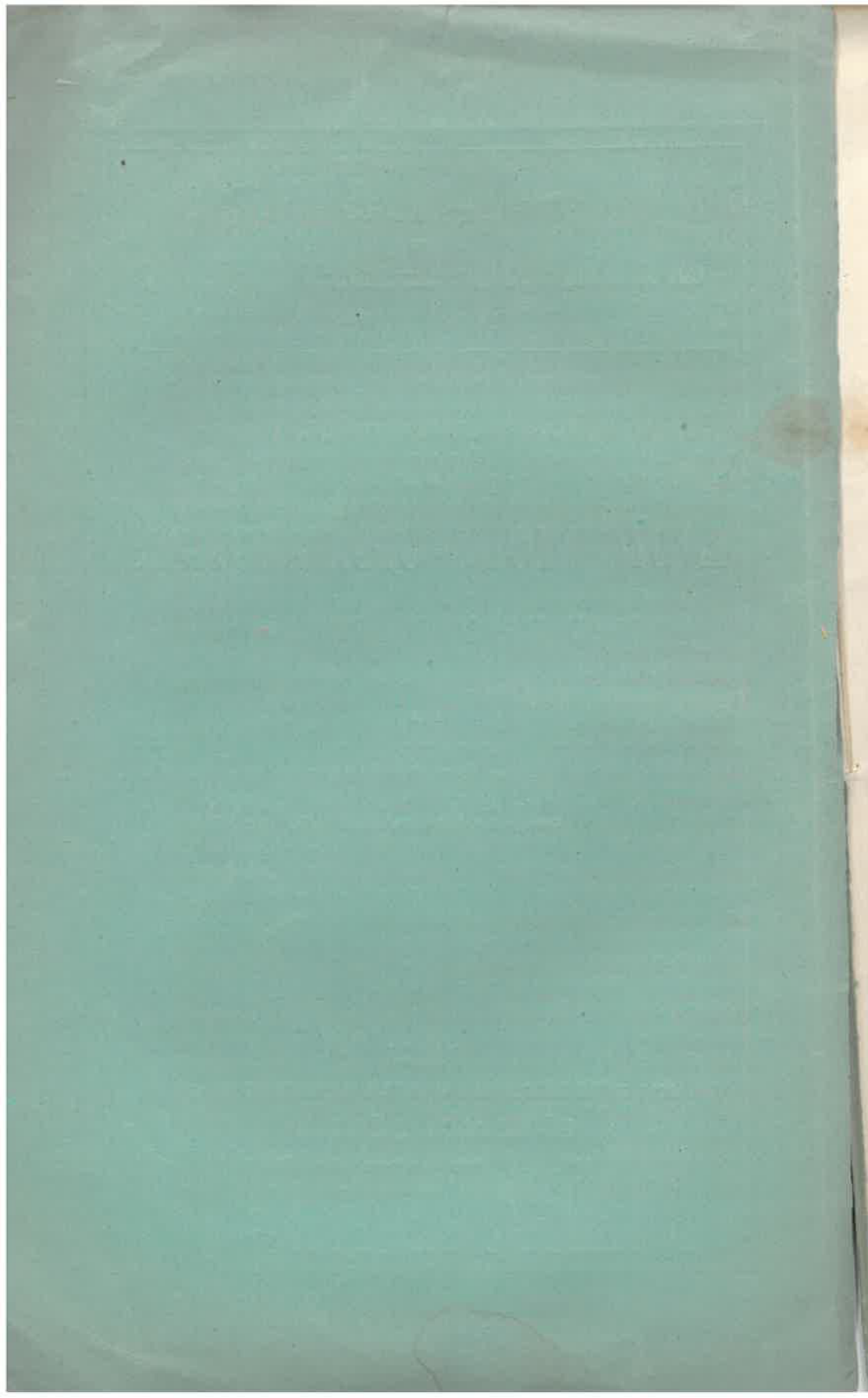
Par M. L. DUMÉNIL

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rouen,
Correspondant de l'Académie de médecine.



PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—
1887



*A mon excellent confrère
et ami le Dr. Verneuil,
Rouen*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

Res. Bot 91

DANS L'ALBUMINURIE

L'étude de l'influence des états constitutionnels sur les traumatismes, si brillamment inaugurée par les chirurgiens de notre époque et avant tous par M. le professeur Verneuil, a ouvert une mine des plus riches où il y aura longtemps encore de fructueuses recherches à poursuivre. L'albuminurie, qui occupe une place importante dans cet ordre de travaux, a donné lieu à des travaux nombreux d'où sont sortis des résultats pratiques considérables; mais on peut dire que jusqu'ici la question n'a guère été examinée qu'à un point de vue d'ensemble, et l'œuvre à poursuivre sera de la prendre à l'avenir dans les détails.

L'influence de l'albuminurie sur les traumatismes s'accusant par des troubles dans la marche de ces derniers, les chirurgiens qui ont les premiers abordé son étude ont naturellement cherché à mettre en relief les accidents provoqués par l'état constitutionnel. Dans ce procès on a réuni avec soin les témoignages à charge, et l'exposé des méfaits de l'albuminurie l'a posée en ennemi redoutable; je n'ai nullement l'intention de susciter une réaction, de demander la revision du procès; les faits sont trop nombreux et trop incontestables pour laisser le moindre doute sur leur signification. Je voudrais seulement, maintenant que nous sommes bien éclairés sur les dangers de cet état constitutionnel, qu'on fit bien exactement la part du mal, en recherchant les circonstances atténuantes, les conditions dans lesquelles le chirurgien peut ne pas abandonner toute initiative et le malade tout espoir.

On a certainement donné en chirurgie une signification trop compréhensive au mot albuminurie, on a attaché trop d'importance au fait de la présence de l'albumine dans l'urine; il conviendrait d'établir, au point de vue chirurgical, des catégories d'albuminuriques, comme on l'a fait au point de vue médical. C'est dans cette étude qu'on trouvera une base solide pour fixer le pronostic et délimiter nettement les indications opératoires, et j'espère y apporter quelques éléments dans les réflexions que m'a suggérées un fait de ma pratique hospitalière.

Un homme de trente-sept ans, forgeron, fortement constitué, entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen le 5 novembre 1886.

Jusqu'en 1876 il n'avait jamais été malade; sa sobriété habituelle ne nous paraît pas pouvoir être mise en doute. En 1876, il se fit au moyen d'un instrument tranchant une large plaie pénétrante au côté antéro-interne de l'articulation du genou gauche et il y eut un écoulement immédiat de synovie. Il fut traité chez lui cinq mois et on appliqua sur la plaie des linges collodionnés. Le genou se tuméfia, et il entra en 1877 dans les salles de Flaubert, où il resta un an et fut traité par les cataplasmes et l'immobilisation dans une gouttière. A sa sortie il ne conservait que quelques mouvements très limités de l'articulation, dont le gonflement n'avait pas sensiblement diminué. On lui appliqua un appareil silicaté qu'il garda quatre mois, et il reprit son travail.

Il souffrait toujours, mais depuis un an ses douleurs ont augmenté; il se forme autour du genou de petits abcès qui s'ouvrent en donnant issue à du pus et à de petits fragments d'os. Malgré cela il a continué son travail de forgeron jusqu'à son entrée.

6 novembre. — Il accuse de vives douleurs qui rendent la marche presque impossible. L'articulation est absolument immobile; la rotule est complètement soudée aux condyles fémoraux. La circonférence du genou malade est de 48 centimètres, celle du côté droit de 32. Le gonflement porte sur la partie supérieure du tibia et surtout sur le fémur dans tout le tiers inférieur de cet os. La peau est tendue, luisante et rouge au côté externe, où existe un orifice fistuleux par lequel sont déjà sortis plusieurs séquestres. Un stylet pénètre dans un long trajet oblique en bas et en dedans et donne la sensation d'un frottement osseux étendu.

Le malade dit avoir maigri depuis quatre ans; son teint est pâle; l'estomac est considérablement dilaté. Rien du côté des organes de la respiration et de la circulation; pas d'infiltration œdémateuse.

Pansement phéniqué humide, drainage, injections antiseptiques.

La suppuration, très abondante à l'entrée, diminue rapidement, et l'on enlève les drains.

Rien n'appela particulièrement notre attention jusqu'au 15 janvier. Il est alors pris la nuit d'une violente douleur sous-mammaire droite et d'une légère hémoptysie. Le matin nous trouvons les crachats encore fortement teintés de rouge. La percussion donne une légère matité dans le quart inféro-postérieur du poumon droit avec une respiration un peu soufflante. On applique huit ventouses scarifiées.

16 janvier. — La douleur sous-mammaire a presque complètement disparu, mais la respiration soufflante persiste.

18 janvier. — Le bruit respiratoire a pris le même caractère soufflant en avant dans le quart inférieur. Trois vésicatoires sont appliqués successivement.

13 février. — Toute trace de congestion du côté du thorax a disparu.

5 mars. — Les mêmes phénomènes se produisent à gauche. Huit ventouses scarifiées et deux vésicatoires font disparaître ces accidents, et le 26 mars il n'en restait plus rien. Le malade nous dit à cette époque avoir éprouvé quelques troubles visuels qu'il appelait des bluettes. Son état général s'étant sensiblement amélioré, j'étais disposé à pratiquer l'amputation de la cuisse, que le malade sollicitait, et je fis examiner l'urine. Elle fournit une quantité considérable d'albumine.

La quantité d'urine était de 4 à 5 litres pour vingt-quatre heures; il n'y avait pas plus que précédemment d'œdème ni de troubles cardiaques; pas de douleurs rénales. Le malade était atteint depuis longtemps de polydypsie et de polyurie. Je laissai l'idée d'amputation de côté, annonçant aux élèves que si elle eût été pratiquée on aurait eu inévitablement un désastre.

Le malade fut soumis à des applications journalières de ventouses sèches dans les régions lombaires, et je prescrivis le régime lacté, qui ne put être toléré. J'administrerai l'acide gallique à la dose d'un gramme par jour. A la fin d'avril, la quantité d'urine était devenue normale, mais la proportion d'albumine restait sensiblement la même. L'appétit était bon; mais, malgré une alimentation assez large, les forces diminuaient un peu. Je fis donner au malade 400 grammes de viande crue par jour en plus de la ration des trois portions et de deux litres de lait qu'il supportait étendu d'eau. L'acide gallique fut continué.

A la fin de juin l'état général était très bon, malgré la persistance de l'albuminurie au même degré. La suppuration continuait, et de temps à autre quelques parcelles osseuses se mêlaient au pus.

Le malade sollicita de nouveau l'amputation avec insistance, et l'absence d'accidents ainsi que le retour des forces me firent revenir sur ma détermination de m'abstenir. Je priai mon collègue Leudet d'examiner le malade au point de vue médical; il ne trouva aucun indice de lésions viscérales. Je fis faire une analyse quantitative des urines, dont voici le résultat.

Par litre : acide phosphorique : 0 gr. 76, correspondant à 1 gr. 65 de phosphate de chaux; potasse : 0 gr. 906, correspondant à 1 gr. 67 de sulfate de potasse; urée : 13 gr. 32.

La quantité des urines pour vingt-quatre heures est d'environ 2 litres. Absence de cylindres.

7 juillet. — Amputation à la partie moyenne de la cuisse, par la méthode circulaire; réunion par trois points de suture métallique profonde et nombreux points superficiels; deux drains; pansement avec iodoforme et gaze phéniquée. Il se produisit pendant

l'opération un peu de décollement du périoste à la partie interne ; mais, l'os restant complètement recouvert dans plus de la moitié de sa circonférence, je passai outre.

8. — Nuit très bonne, quelques soubresauts dans le moignon, mais sans douleurs.

Temp. 37,2; pouls 80. L'appétit est le même qu'avant l'opération.

Le soir, temp. 37°,9; pouls 84; a vomi un peu dans la journée.

Le malade mange une côtelette dans la journée. Température du soir, 37°,3.

9. — A ressenti quelques douleurs dans le moignon pendant la nuit; encore un vomissement ce matin. Temp., 37°,4. Potion de Rivière; bouillon; suppression des aliments solides.

Le soir : temp., 37°,6; a été à la garde-robe, ne souffre pas, n'a pas vomi depuis le matin; demande à manger; j'accorde une côtelette.

10 et jours suivants. — Les vomissements ne se sont pas reproduits; le malade a repris l'alimentation telle qu'elle était avant l'opération.

Le pansement est renouvelé le 12; réunion parfaite; ni rougeur ni gonflement; les drains fournissent peu de pus; ils sont raccourcis de moitié.

Nouveau pansement le 14. Etat excellent du moignon; j'enlève les points de suture superficiels et un point de suture profonde; les drains sont encore raccourcis.

17. — État du moignon parfait; à peine un peu de suppuration sur le trajet du drain externe; les deux derniers points de suture profonde sont enlevés, les drains réduits à un centimètre.

18. — Réunion parfaite; les drains sont supprimés.

19. — A eu la veille quelques légers frissonnements; dans le moignon, une certaine quantité de pus existe sous la cicatrice; temp. de la veille au soir, 38°. Je remets des drains et je lave avec la solution d'acide borique.

20. — Va bien; encore du pus sous la cicatrice; pas de malaise; a repris son alimentation interrompue la veille. Temp. du soir précédent, 37°,5.

La guérison s'acheva sans le moindre incident; les drains furent définitivement enlevés le 20 août, et le malade quitta l'hôpital le 4 septembre muni d'un appareil qu'il supportait sans douleur et avec lequel il marchait depuis quelque temps. La suppuration était complètement tarie; il restait seulement une petite saillie rouge au niveau du passage du drain externe.

L'albumine fut dosée avec soin presque tous les jours jusqu'au 29 juillet; le tableau suivant donne les résultats de ces analyses.

Albumine sèche par litre :

8 juillet.....	6,00
9 —	4,70
10 —	2,80
12 —	3,00
13 —	3,80
16 —	3,80
17 —	4,00
19 —	4,80
20 —	6,80
21 —	9,20
22 —	14,40
23 —	6,30
24 —	6,20
26 —	4,70
27 —	3,10
28 —	2,80
29 —	3,60

Finalement l'albuminurie persiste à ce dernier degré jusqu'à la sortie du malade.

Je revis le malade le 7 novembre. Il avait continué à marcher avec son appareil pendant huit jours, puis un petit abcès s'était ouvert à l'extrémité externe de la cicatrice, sans douleurs vives, ni gonflement, ni troubles généraux; la suppuration continua, peu abondante. Je constatai l'existence d'un trajet de trois centimètres, direct, au fond duquel le stylet pénétrait difficilement sans arriver sur l'os. La pression ne faisait sortir que quelques gouttes de pus. La cicatrice était parfaitement souple, indolente. Etat général parfait, pas d'œdème, appétit très bon, embonpoint augmenté. Urine très albumineuse, le dépôt remplit les 2/3 du tube. Quantité d'urine normale.

Les lésions constatées sur le membre amputé consistaient en une soudure osseuse de toutes les parties composant l'articulation et en une hyperostose énorme de toute la partie inférieure du fémur, par adjonction de couches de provenance périostique donnant à cette partie la forme d'une massue. Au côté externe s'ouvrait un trajet fistuleux s'avancant vers le canal médullaire, mais sans y pénétrer. Ce trajet était rempli de fongosités, mais ne contenait pas de séquestre.

La persistance d'un petit foyer de suppuration 3 mois après l'amputation ne doit pas empêcher de mettre ce cas à l'actif de l'intervention opératoire, car il est évident que la cause unique en est dans un point d'ostéite dû au décollement du périoste, que j'ai signalé, et que l'état constitutionnel n'y est pour rien. Ce n'est pas le premier cas d'intervention suivie de succès dans le cours de l'albuminurie, mais les cas connus sont encore peu nombreux, et il m'a paru un des plus importants par les conditions dans les-

quelles il s'est présenté et la simplicité des suites immédiates de l'opération.

Dans une amputation de cuisse faite par M. le professeur Verneuil chez un sujet de vingt-sept ans atteint d'albuminurie consécutivement à une longue suppuration de l'extrémité supérieure du tibia, on obtint une cicatrisation complète du moignon; mais, pendant que se faisait la réparation, des accidents d'urémie survinrent en même temps qu'un œdème qui obligea de faire des mouchetures; du sphacèle s'ensuivit, et le malade quitta l'hôpital dans cet état.

Bruchet ¹ rapporte dans sa thèse le cas d'un albuminurique atteint d'un double abcès, l'un à l'avant-bras droit et l'autre derrière la malléole interne; sous l'influence du régime lacté, du repos et des pansements réguliers, l'albumine disparut entièrement et le malade finit par guérir, lentement il est vrai, mais sans accidents. On trouve dans le même travail la relation d'une kélotomie où la guérison eut lieu sans accidents et avec réunion profonde par première intention. Le lendemain de l'opération on avait constaté la présence dans l'urine d'une petite quantité d'albumine; 11 jours plus tard l'état général était excellent et l'urine ne contenait plus d'albumine; la guérison était complète au bout de 20 jours.

Les deux succès les plus remarquables à ma connaissance sont ceux de M. Terrillon et de Bellamy. Chez le malade de M. Terrillon ² il s'agit d'une fracture compliquée de l'avant-bras suivie de phlegmon diffus passé à l'état chronique chez un alcoolique. 37 jours après l'accident on découvre l'albuminurie, et on n'en procède pas moins à l'amputation du bras deux jours après cette constatation; malgré une attaque d'urémie, le malade guérit avec disparition complète de l'albumine des urines. 5 mois après elle n'avait pas reparu.

Le sujet de Bellamy ³ était un garçon de treize ans atteint de nécrose du fémur et malade depuis un an lorsqu'il commença à l'observer. Malgré l'ablation d'un long séquestre, les accidents persistèrent, et sept mois plus tard on constata dans l'urine l'existence de $\frac{1}{5}$ environ d'albumine. Deux mois après cette constatation, l'état empirant, on pratique l'amputation immédiatement au-dessous des trochanters par la méthode antiseptique. Quatre jours après, l'albumine avait complètement disparu; la guérison de la plaie était presque complète au bout de vingt jours et l'état général considérablement amélioré. Quatre mois plus tard le malade allait très bien et l'albumine n'avait pas reparu.

1. Thèses de Paris, 1881.

2. *Revue de méd. et de chir.*, 1877.

3. *The Lancet*, 1879, t. II, p. 732.

Le cas du professeur Verneuil n'est qu'un succès opératoire peu stable, et il rentre plutôt dans la catégorie des cas malheureux. Dans l'observation de kélotomie suivie de guérison, l'albuminurie n'a été constatée que le lendemain de l'opération et elle était très légère; elle était vraisemblablement la conséquence de l'étranglement herniaire et elle a disparu aussi rapidement qu'elle s'était montrée. Dans le cas de M. Terrillon, l'on n'a pas de renseignements sur l'état antérieur du malade; il s'agit d'accidents à marche rapide, et l'albuminurie n'est découverte que deux jours avant l'amputation; malgré une attaque d'urémie, elle disparaît complètement. Il y a lieu de penser que les lésions rénales étaient récentes, à leur première période, et qu'il s'agissait de ce genre d'albuminurie que M. le professeur Verneuil considère comme postérieure au traumatisme et pour laquelle le pronostic est beaucoup moins sérieux que pour celle qui lui est antérieure. Chez le malade de Bellamy, l'albuminurie consécutive à une suppuration osseuse chronique a été découverte deux mois avant l'opération et son origine fait penser qu'elle existait depuis quelque temps. Elle était apparemment due à une dégénérescence amyloïde, mais la rapidité de sa disparition fait croire que les lésions étaient peu avancées.

Les conditions de mon opéré étaient bien différentes; son albuminurie devait remonter à une époque assez éloignée, si l'on en juge par la polydypsie et la polyurie considérables que nous avons constatées; elle était intense et permanente, quoique avec des variations; elle a persisté, bien que sensiblement affaiblie, pendant le travail de cicatrisation et à sa suite; elle a enfin atteint de nouveau, trois mois après l'opération, un degré plus prononcé que jamais. Faut-il rattacher à un empoisonnement urémique les congestions pulmonaires et les quelques troubles visuels signalés dans l'observation? Ceci est probable; je ferai cependant remarquer à cet égard que le malade était atteint d'une dilatation de l'estomac très prononcée et qu'il pouvait s'agir là d'accidents réflexes. Nous avons affaire ici à des lésions rénales, bien établies, peu susceptibles de régression, et cependant la réparation s'est faite convenablement, à part un petit abcès consécutif sur la signification duquel je me suis expliqué. Une poussée de congestion rénale accusée le 22 juillet par une augmentation brusque et considérable d'albumine a même été sans retentissement sur l'état général et local.

Pourquoi cette marche si simple lorsque tout était de nature à faire craindre les accidents les plus redoutables? Les particularités principales à noter sont: l'absence absolue d'œdème, l'intégrité de tous les organes à l'exception des reins, la composition des urines s'éloignant peu de la normale, en dehors de la présence

de l'albumine, l'état excellent des fonctions digestives, l'énergie morale remarquable. L'étude clinique nous permet-elle de déterminer d'une manière précise les lésions, de reconnaître un état anatomo-physiologique capable d'expliquer l'innocuité d'une grave opération et de fournir une base au pronostic dans des cas analogues? Si l'on admettait avec certains auteurs qu'il y a une albuminurie physiologique, on pourrait placer notre malade dans cette catégorie; mais c'est se payer de mots que considérer comme physiologique un fait aussi anormal que le passage de l'albumine dans l'urine; lors même que ce fait est longtemps compatible avec un état général parfait, il a toujours une origine pathologique et c'est elle qu'il importe de déterminer.

Les conditions dans lesquelles l'albuminurie s'est développée, suppuration osseuse prolongée avec trajets fistuleux, permettent de l'attribuer à une dégénérescence amyloïde; ce diagnostic me paraît pouvoir être affirmé non seulement par l'étiologie, mais encore par l'ensemble des symptômes et la marche de la maladie: début par une polydypsie et une polyurie intenses, marche lente avec des variations, absence d'œdème et d'hypertrophie cardiaque, absence de cylindres dans l'urine, conservation longue d'un état général satisfaisant.

Est-il possible d'aller plus loin et de préciser le siège des lésions dans un ou plusieurs éléments constitutifs du rein? La dégénérescence amyloïde débutant dans les vaisseaux des glomérules, c'est vraisemblablement là qu'elle était circonscrite dans la première période que caractérisaient la polydypsie et la polyurie. En était-il de même à l'époque où nous avons découvert l'albuminurie? On ne saurait l'affirmer d'une manière absolue, malgré l'absence de cylindres dans l'urine; mais on doit reconnaître que l'altération des parois vasculaires suffit seule à expliquer l'exosmose de l'albumine, et, si les épithéliums ont conservé leur structure normale ou n'ont été que peu lésés, cette exosmose peut se faire sans modifications profondes dans la composition des urines. Si alors le sujet répare suffisamment ses pertes en albumine, cet état pathologique peut être compatible avec une santé générale satisfaisante. La nutrition s'opérant bien, le milieu opératoire n'étant pas altéré par l'œdème, la réparation d'un traumatisme pourra se faire de la manière la plus normale.

Si la déperdition de l'albumine par les urines est de nature à appauvrir l'économie quand elle est considérable et permanente, il ne faut cependant pas lui attribuer une importance exagérée, témoin les sujets chez lesquels ce symptôme s'est montré pendant neuf ans et plus sans troubler gravement la santé. On

peut affirmer, avec Gairdner ¹, que l'albuminurie n'est pas tout dans les maladies rénales; ce qui importe surtout, c'est que le rein reste à la hauteur de sa tâche éliminatrice. Si dans des cas semblables elle doit toujours être considérée comme un signal d'alarme, elle n'est cependant pas de nature à arrêter la main du chirurgien quand il y a un intérêt majeur à intervenir. On peut même aller plus loin et se demander s'il n'est pas permis de voir, dans l'ablation d'un mal dont l'albuminurie est la conséquence, un moyen de guérir la maladie secondaire. Bartels ² n'hésite pas à résoudre la question par l'affirmative. En parlant du traitement de la dégénérescence amyloïde des reins, « on peut, dit-il, se demander s'il ne serait pas possible de sauver la vie de plus d'un individu en se décidant à sacrifier à temps un membre malade, dès que l'on constate les premiers signes de la maladie des reins. Non seulement je n'hésiterais pas à le faire, ajoute-t-il, mais je croirais y être forcé. »

S'il est permis d'emprunter un argument à la pathologie du foie, je citerai deux cas rapportés par Barwell ³, de nature à donner quelque confiance dans l'intervention chirurgicale. Il s'agissait de coxalgies suppurées chez deux enfants, l'un de quatre ans et demi, l'autre de quatorze ans. Le foie était très hypertrophié; chez l'un, il envahissait une grande partie de la région lombaire droite et de la région ombilicale; il était lisse et ferme; chez l'autre, il était également lisse et induré. L'amputation dans l'articulation chez le premier, la résection avec évidement de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde chez le second, furent suivies de guérison; le foie reprit ses dimensions et ses fonctions normales. Barwell discute le diagnostic de dégénérescence amyloïde et graisseuse; en raison du volume considérable et de la consistance du foie, il se prononce pour la première, et il conclut en ces termes: « En l'absence de tout signe de dégénérescence amyloïde ailleurs que dans le foie, l'opération en vue d'enlever le foyer de suppuration est non seulement justifiée, mais s'impose comme un devoir. »

Ce qui est vrai pour le foie doit l'être également pour le rein.

Les observations de M. Terrillon et de Bellamy justifient cette manière de voir. Si, chez mon malade, l'albuminurie a survécu à l'opération, c'est que les lésions étaient certainement beaucoup plus avancées et non susceptibles de régression. Il en était de même de l'opéré du professeur Verneuil. On peut presque affirmer que le sujet de mon observation finira par succomber aux pro-

1. *Revue des sc. méd.*, t. XXIV.

2. Bartels, *Maladies des reins*, trad. par Edelmann, p. 526.

3. *The Lancet*, 1874, t. II, p. 487.

grès de sa lésion rénale, mais il me paraît démontré que l'amputation de la cuisse n'a nullement aggravé sa situation et que son albuminurie n'a entravé en rien le travail de réparation ¹.

En pénétrant dans le détail des faits, on voit que la gravité de l'albuminurie, au point de vue chirurgical, est susceptible d'atténuation; que, en tant qu'albuminurie pure et simple, son importance peut être minime; que, envisagée comme symptôme d'une lésion rénale, il y a encore des différences selon la nature des lésions, et que, parmi celles-ci, la dégénérescence amyloïde est la moins grave.

Je proposerai, en terminant, de classer les albuminuries de la manière suivante au point de vue des indications opératoires :

Albuminurie	{ 1° Protopathique.
	{ 2° Deutéropathique.
Albuminurie	{ 1° Simple.
	{ 2° Complexe.

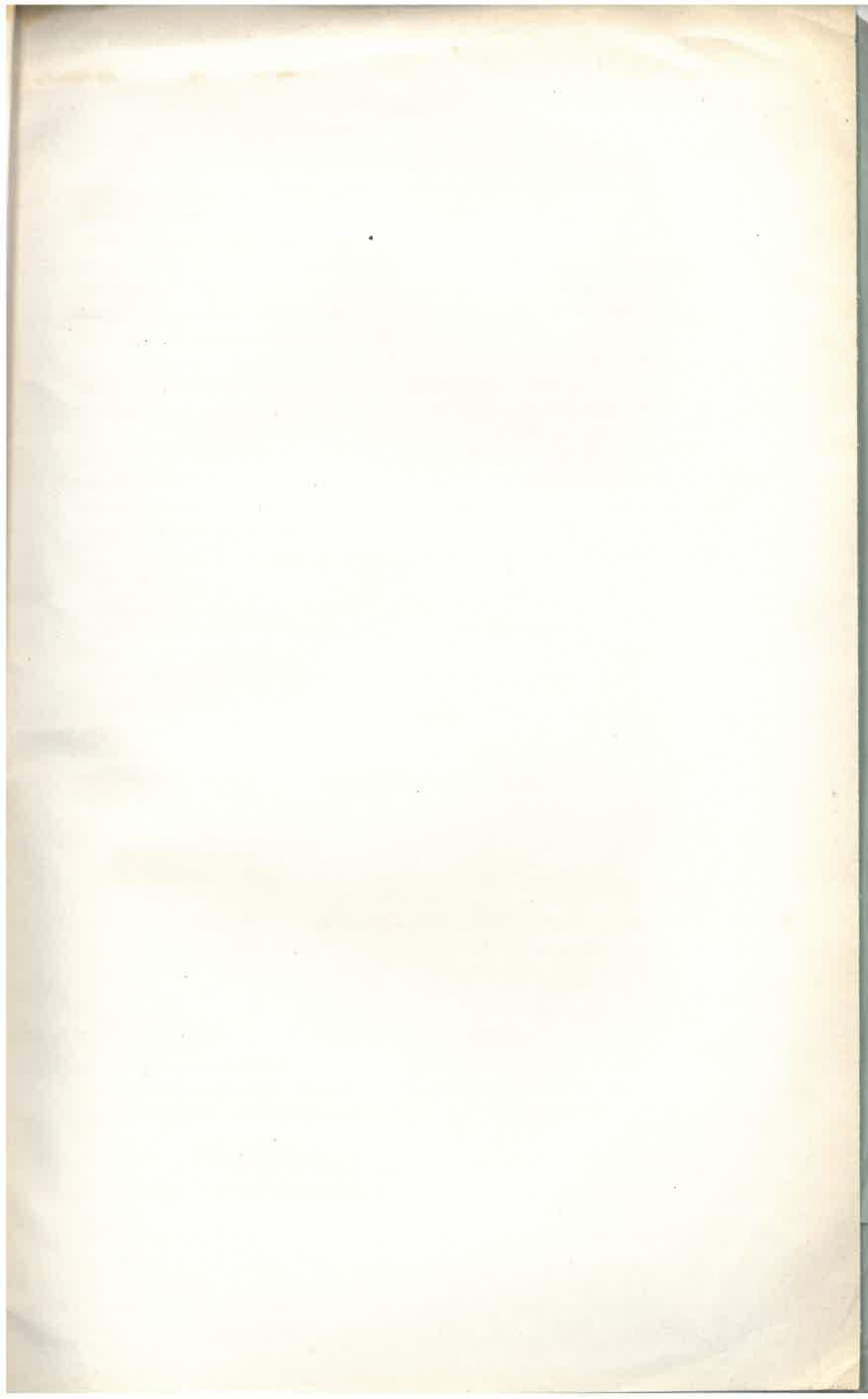
Dans l'albuminurie protopathique la lésion chirurgicale pour laquelle l'indication opératoire se présente est postérieure à l'affection constitutionnelle. L'albuminurie deutéropathique se développe dans le cours d'une lésion chirurgicale et en est la conséquence.

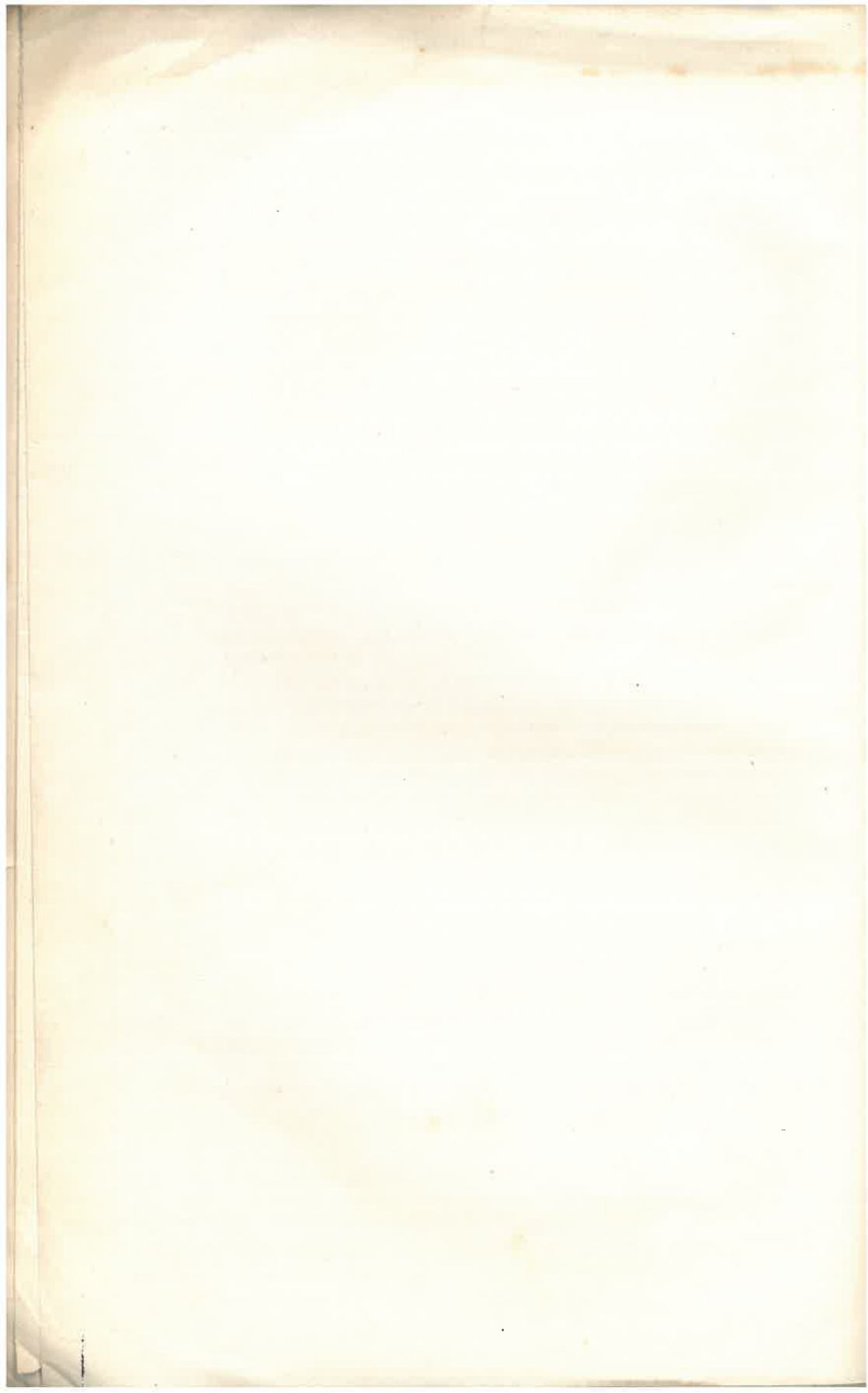
Dans l'albuminurie simple, non seulement tous les viscères autres que le rein fonctionnent normalement, mais la présence de l'albumine dans l'urine est la seule manifestation des troubles des organes uro-poiétiques.

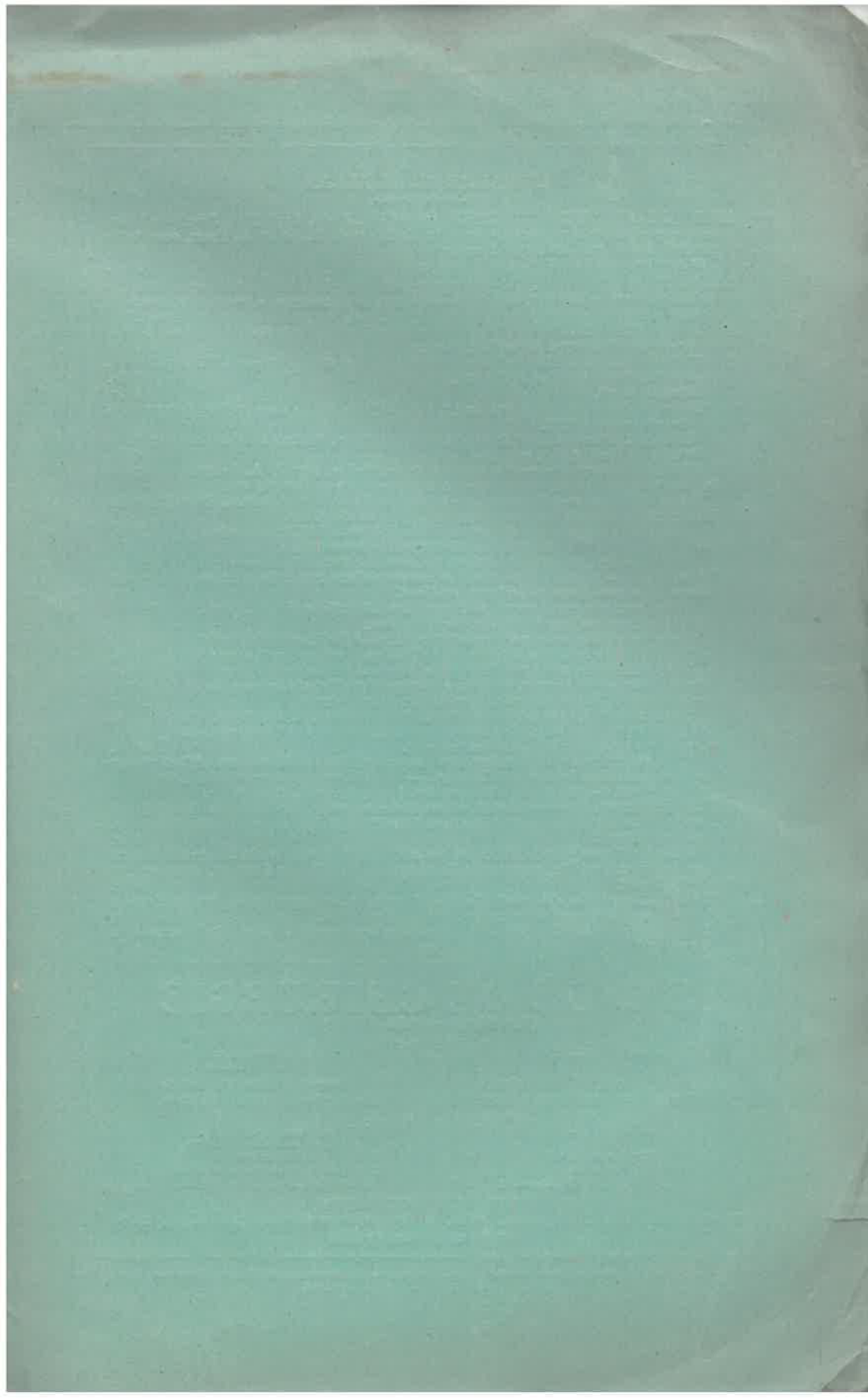
L'albuminurie complexe est accompagnée de manifestations multiples : altération des éléments constitutifs de l'urine, lésions d'organes autres que le rein, phénomènes d'intoxication. Si l'albuminurie est primitive, le traumatisme opératoire aura plus de dangers, puisqu'il subira les effets de la maladie constitutionnelle et que, loin d'avoir une influence heureuse sur une lésion rénale existant par elle-même, il pourra aggraver sa marche.

Si l'albuminurie est consécutive à une suppuration osseuse, on pourra alors espérer arrêter le développement des lésions rénales et même les guérir en supprimant leur cause. Cet espoir sera surtout fondé si l'albuminurie est simple et si l'on intervient de bonne heure.

1. Le 21 avril 1887 je le revois; la cicatrisation du moignon est complète; état général est très bon, mais l'albumine persiste en grande quantité dans urine; il y a de l'œdème du membre inférieur droit.







LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, 1^{re} session. Paris, Avril 1885. *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, publiés sous la direction de M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général. 4 fort vol. in-8, avec figures. 14 fr.

2^e session. Octobre 1886. 4 vol. in-8, avec figures. 14 fr.

BILLROTH et WINIWARTER. Traité de pathologie et de clinique chirurgicales générales, traduit de l'allemand par le Dr DELBASTABLE, 2^e édition française d'après la 10^e édition allemande. 4 fort vol. gr. in-8, avec 180 fig. dans le texte. 20 fr.

JAMAIN et TERRIER. Manuel de petite chirurgie, 6^e édition, refondue. 1 vol. gr. in-18 de 1000 pages avec 450 figures. 9 fr.

JAMAIN et TERRIER. Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, 3^e édition. Tome I, 1 fort vol. in-18. 8 fr.

Tome II, 1 vol. in-18. 8 fr.

Tome III, 1^{er} fascicule. 1 vol. in-18, 4 fr. — 2^e fascicule sous presse, pour paraître en octobre 1887.

MAC GORMAC. Manuel de chirurgie antiseptique, traduit de l'anglais par M. le docteur Lataud. 1 fort vol. in-8. 6 fr.

NÉLATON. Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. Nélaton, membre de l'Institut, professeur de clinique à la Faculté de médecine, etc.

Seconde édition complètement remaniée par les docteurs JAMAIN, PÉAN, DESPRÉS, GILLETTE et HORTÉLOUP, chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Ouvrage complet en six volumes gr. in-8, avec 795 fig. dans le texte. 82 fr.

On vend séparément les 6 volumes :

TOME PREMIER, revu par le docteur Jamain. *Considérations générales sur les opérations. — Affections pouvant se montrer dans toutes les parties du corps et dans les divers tissus*. 1 fort vol. gr. in-8. 9 fr.

TOME DEUXIÈME, revu par le docteur Péan. *Affections des os et des articulations*. 1 fort vol. gr. in-8, avec 288 fig. dans le texte. 13 fr.

TOME TROISIÈME, revu par le docteur Péan. *Affections des articulations (suite), affections de la tête, des organes de l'olfaction*. 1 vol. gr. in-8, avec 148 fig. 14 fr.

TOME QUATRIÈME, revu par le docteur Péan. *Affections des appareils de l'ouïe et de la vision, de la bouche, du cou, du corps thyroïde, du larynx, de la trachée et de l'œsophage*. 1 vol. gr. in-8, avec 61 fig. dans le texte. 14 fr.

TOME CINQUIÈME, revu par les docteurs Péan et Després, Gillette et Horteloup. *Affections de la poitrine, de l'abdomen, de l'ouïe, de l'anus, du rectum et de la région sacro-coccygienne*. 1 vol. gr. in-8, avec 90 fig. dans le texte. 14 fr.

TOME SIXIÈME, revu par les docteurs Després, Gillette et Horteloup. *Affections des organes génito-urinaires de l'homme. — Affections des organes génito-urinaires de la femme. — Affections des membres*. 1 vol. gr. in-8, avec 90 fig. 18 fr.

PAGET (sir James). Leçons de clinique chirurgicale, traduites de l'anglais par le docteur L.-H. Petit, et précédées d'une Introduction de M. le professeur Verneuil. 1 vol. grand in-8. 8 fr.

RICHARD. Pratique journalière de la chirurgie, 4 vol. gr. in-8 avec 215 figures dans le texte. 2^e édit., augmentée de chapitres inédits de l'auteur, et revue par le Dr J. CHAUVEAU. 16 fr.

TERRIER. Éléments de pathologie chirurgicale générale, 1^{er} fascicule ; *Lésions traumatiques et leurs complications*. 1 vol. in-8. 7 fr.

2^e fascicule : *Complications des lésions traumatiques. Lésions inflammatoires*. 1 vol. in-8. 6 fr.

REVUE DE CHIRURGIE

(Septième année, 1887.)

DIRECTEURS : MM.

OLLIER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Laennec.

ET

F. TERRIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Bichat.

PRIX D'ABONNEMENT :

Un an, Paris..... 20 fr. | Un an, départements et étranger..... 23 fr.

PRIX DE LA LIVRAISON : 2 fr.