

femme enceinte, de bonne constitution, ni albuminurique, ni scrofuleuse, ni syphilitique, entre dans le service de M. Verneuil, pour une ulcération du gros orteil. Celle-ci, loin de céder aux traitements employés, progresse tous les jours; les pulvérisations phéniquées produisent une amélioration; toutefois, la cicatrisation ne fait point de progrès jusqu'à l'accouchement. Dès la première semaine après la délivrance, la guérison est complète ».

D'autres observations du même genre ont été publiées. L'action de la grossesse elle-même nous paraît ici absolument indiscutable. Elle s'explique, du reste, très simplement. Dans le plus grand nombre des cas de ce genre, les plaies siégeaient aux parties génitales ou sur les membres inférieurs. Or, dans ces régions, la circulation est ralentie chez les femmes enceintes. Ce ralentissement ne peut-il pas rendre compte de la lenteur de la cicatrisation? Le siège des lésions jouerait ainsi un rôle important dans leur marche. Cependant, le gravidisme nous semble capable d'agir même sur des lésions à localisation moins précise.

2° *Fractures.*

On peut observer, chez la femme enceinte, des fractures de tous les os du squelette. La plupart de ces fractures suivent la marche habituelle vers la guérison. Cependant, on voit des cas dans lesquels le cal se forme très lentement, d'autres dans lesquels la consolidation fait complètement défaut. D'après Fournier, la non-consolidation aurait lieu 19 fois sur 100. La statistique de M. Guéniot relève 4 cas sur 27 fractures simples, et 3 cas sur 13 fractures compliquées, soit 17,5 sur 100. A quoi faut-il attribuer ces différences? Quelques auteurs, parmi lesquels

M. Guéniot (1), sans nier absolument l'influence de la grossesse, pensent que, le plus souvent, ce sont les imprudences et les mouvements inconsidérés des malades qui empêchent la consolidation des fractures. Cette opinion peut être admise pour un certain nombre de cas, mais pour la plupart, c'est l'hypoglobulie gravidique qui peut tout aussi bien être incriminée. Fabrice de Hilden rapporte, par exemple, l'observation d'une femme qui allaitait un premier enfant, tandis qu'elle en portait un second dans l'utérus. Une fracture qu'elle se fit ne se consolida qu'après le sevrage et l'accouchement. Invoquerons-nous ici l'indocilité de la malade, pour expliquer le retard de la production du cal? n'invoquerons-nous pas plutôt l'anémie de la femme à la fois enceinte et nourrice?

§ E. TRAUMATISME ET ÉTAT PUERPÉRAL.

La question de l'époque à choisir pour pratiquer la périnéorrhaphie a donné lieu à de savantes discussions qui peuvent nous éclairer sur l'influence réciproque du traumatisme et de la puerpéralité.

On trouve bien dans les livres anciens quelques observations de cette opération pratiquée quelques jours après l'accouchement (Guillemeau, Viardel, Smellie, etc.), mais la question ne fut véritablement bien posée que depuis les travaux de Roux et de Dieffenbach. Roux repoussait toute intervention pendant la période puerpérale, et il entraîna à sa suite la plupart des chirurgiens de son époque. Dieffenbach lui-même, adopta tout d'abord les idées

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1876.

du maître français, mais bientôt, s'appuyant sur d'autres observations personnelles, il devint le plus chaud partisan de l'opération immédiate. Cette opinion trouva des adeptes (Danyau, Ritgen, etc.), comme celle de Roux, et aujourd'hui encore, malgré les discussions de 1849 (Maisonneuve, Huguier, etc.), de 1872 (Forget, Boinet, Demarquay, Verneuil, Trélat, etc.), et de 1876, à la Société de chirurgie de Paris, les chirurgiens restent encore d'opinion différente; les uns affirmant que l'état puerpéral aggrave le traumatisme, les autres soutenant que les plaies accidentelles ou chirurgicales guérissent très bien pendant les soixante-dix jours qui, d'après le professeur Pajot, constituent la période puerpérale.

C'est que, d'une part, les faits sont nombreux qui démontrent la réparation parfaite des plaies accidentelles ou opératoires pendant l'état de couches normal. M. Gaulard, après avoir cité les cas de Dieffenbach, Demarquay, Verneuil, ceux de Guéniot, ceux empruntés à la thèse de Petit, donne plusieurs observations nouvelles; deux appartiennent à la pratique du professeur Paquet; il y avait rupture complète du périnée, du sphincter anal et de 2 centim. 1/2 de la cloison recto-vaginale (1^{re} observation). Les sutures furent appliquées huit heures après la délivrance; la guérison était complète au bout de dix jours.

Le fait suivant, entre autres (observation recueillie, en 1878, dans le service de Houzé de l'Aulnoit, par M. Richard, interne), prouve qu'un traumatisme à la fois accidentel et opératoire, peut déterminer l'avortement ou l'accouchement, sans être influencé d'une façon fâcheuse dans son évolution.

Une femme de 22 ans, enceinte de 9 mois, fait une chute dans une cave, en tenant des bouteilles vides entre

les bras. Elle entre à l'hôpital, présentant, en dehors d'une contusion au genou droit et de plaies aux mains, une plaie pénétrante de l'abdomen (sus-ombilicale), de huit centimètres d'étendue, à bords très nets, à travers laquelle s'échappent le grand épiploon, l'intestin grêle et le colon transverse. La tumeur herniaire a le volume d'une tête d'adulte. Réduction de la masse herniée, et réunion de la plaie au moyen de cinq épingles en argent (suture entortillée). L'accouchement eut lieu à terme, trois jours après la chute, et la femme sortait guérie de l'hôpital vingt jours après l'accident. (Observation résumée).

Par contre, non moins nombreuses sont les observations (Verneuil, Le Fort, Bourneville, Demarquay, Danyau, etc.; voyez les thèses déjà citées de Cornillon et de Petit), qui peuvent faire admettre que l'état puerpéral retentit fâcheusement et pendant plusieurs mois sur les traumatismes intéressant la zone génitale (Verneuil, Le Fort).

Parmi les complications les plus fréquentes des plaies, nous retrouvons l'hémorragie, l'érysipèle et surtout les phénomènes gangréneux et septicémiques.

Quelle conclusion tirer de ces faits contradictoires? Nous pensons, avec la plupart des chirurgiens que, dans le cas d'insuccès opératoire ou de complications d'une plaie pendant l'état puerpéral, il faut faire la part de plusieurs facteurs, parmi lesquels la gravité de la lésion, l'état pathologique antérieur (1) ou concomitant de la femme, le

(1) M. Verneuil, lors de la discussion à la Société de Chirurgie, a cité deux observations qui prouvent combien il faut tenir compte de l'état antérieur. Dans l'observation de M^{me} B..., l'intervention rappela une congestion ovarique, et chez M^{me} C..., une néphrite.

milieu, le mode de pansement et surtout l'état local des parties qui composent la zone génitale.

Chez une femme bien portante, dans un milieu convenable et avec des soins consécutifs bien entendus, la périnéorrhaphie immédiate a des chances de réussir, si elle est pratiquée sur un périnée normal. La réunion sera, au contraire, presque impossible si le périnée est œdémateux, si la solution de continuité présente les caractères d'une véritable plaie contuse, et si la femme est une malade.

Il est prudent d'attendre 3 ou 4 mois après l'accouchement pour pratiquer, sur la zone génitale ou sur les membres inférieurs, une opération qui n'est pas urgente. (Société de chirurgie).

En cas de danger, il est préférable d'intervenir pendant la grossesse que pendant l'état puerpéral (Verneuil, Le Fort).

§ F. INFLUENCE DE LA RACE ET DU CLIMAT
SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les données encore fort incomplètes que l'on possède sur les particularités du mode d'évolution des lésions traumatiques, suivant la race et le climat, nous sont fournies par les récits de quelques explorateurs, et surtout par les observations des médecins de marine pendant leur passage ou leur séjour dans les colonies, et des chirurgiens militaires qui ont fait les campagnes d'Algérie, d'Égypte et d'Extrême-Orient, etc. (1); des faits épars ne manquent pas dans les Recueils de mémoires de médecine et de chirurgie

(1) Laure, *Histoire médicale de la Marine française pendant les expéditions de Chine et de Cochinchine*, in-8, Paris, 1864. — Didiot, *Relation médico-chirurgicale de la campagne de Cochinchine en 1861-1862* (Recueil de Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires, 3^e série, t. XIV).

militaires et dans les Archives de médecine navale, mais ils n'ont pas encore été groupés dans un travail d'ensemble.

Nous nous bornerons ici à reproduire sommairement ce que nous avons trouvé consigné dans la note extraite du travail de J. Rochard (1), dans les thèses inaugurales de Cantellaue (2), de Breton (3), de Dubergé (4), de Ernault (5), de Lidin (6), dans la *Géographie médicale* de Bordier (Paris, 1884), et dans les Recueils précités.

La race noire et la race jaune semblent supporter bien plus facilement les grands traumatismes que les Européens, et les Arabes plus facilement que les Kabyles. C'est là un premier point depuis longtemps établi par de nombreuses observations (J. Rochard).

Les plaies pénétrantes de l'abdomen chez les Sénégalais et les autres noirs qui essaient la vertu du gri-gris, les mutilations portant sur les organes génitaux (ablation du clitoris, au moment de la puberté, etc.), les amputations, les plaies par armes à feu, etc., guériraient avec une grande facilité.

D'après Bordier (*loco citato*, page 460), le Dr Brassac aurait fait deux fois chez le nègre, avec le plus grand succès, la désarticulation du genou.

(1) Rochard, *De l'influence du climat et de la race sur la marche des lésions traumatiques* (Bulletins de l'Académie de Médecine, 1877).

(2) Cantellaue, *Quelques observations sur le traumatisme aux pays chauds*, Thèse de Paris, 1872.

(3) Breton, *Quelques considérations sur les plaies chirurgicales et traumatiques chez les Annamites*. Thèse de Paris, 1876.

(4) Dubergé, *Quelques considérations sur les complications des plaies à la Guyane française*. Thèse de Paris, 1875.

(5) Ernault, *Des conditions étiologiques de la pathologie de la race nègre*. Thèse de Paris, 1882.

(6) Lidin, *Coup-d'œil sur la climatologie et la pathologie du Sénégal*. Thèse de Paris, 1882.

Mirabel (1), dans un récent numéro des *Archives de Médecine navale*, fait le récit d'une ovariectomie pratiquée suivant les règles antiseptiques et avec succès, chez une Chinoise, par la doctoresse miss Reifsneider (Shang-Haï). C'est la deuxième opération de ce genre, faite depuis peu, en Chine. La guérison eut lieu rapidement et sans fièvre.

Les médecins français qui, après la bataille de Chorillos (janvier 1881), furent chargés de donner des soins à 200 Indiens-Péruviens, firent 10 amputations, plusieurs résections et extractions d'esquilles. L'antisepsie ne fut pas rigoureusement appliquée ; on se servit de solutions phéniquées faibles et de mèches de charpie, à défaut de drains. Les blessés, dont pas un ne mourut, supportèrent la douleur avec une grande résignation, et ne présentèrent aucune réaction fébrile (Monin) (2).

Il faut toutefois reconnaître que les lésions traumatiques ne présentent pas toujours cette innocuité. C'est ainsi que, dans quelques statistiques, la proportion de mortalité est très élevée, et à peu près la même chez les Noirs que chez les Européens (9 % environ). Au Sénégal, Borius (3), sur 100 entrées d'indigènes à l'hôpital, relève 30 entrées pour affections chirurgicales, et sur 100 décès, 12 sont consécutifs à des traumatismes. Enfin, sur 283 décès survenus à l'hôpital, de 1869 à 1880, les noirs en auraient fourni 183, dont 17 pour blessures et maladies chirurgicales (4). Au Mexique,

(1) Mirabel, *Archives de Médecine navale*, Juin 1885.

(2) Monin, *Note sur l'ambulance de Lima (Archives de Médecine navale*, Octobre 1882).

(3) Borius, *Topographie médicale du Sénégal (Archives de Médecine navale*, Mai-Juin, 1882).

(4) Guiol, *Topographie médicale de Nossi-Bé (eodem loco*, Octobre 1882).

onze grandes opérations pratiquées sur des prisonniers Mexicains, épuisés, il est vrai, par le siège, donnèrent dix décès, tandis que sur 31 opérés Français il n'en mourut qu'un. (1).

L'influence du climat et de la température est aussi des plus évidentes sur la marche des plaies ; on sait que celles-ci se cicatrisent rapidement sous les tropiques, tandis que dans les régions polaires, la cicatrisation languit, les plaies s'ulcèrent et se compliquent de lymphangite et d'érysipèle.

Quant aux complications des lésions traumatiques (septicémie, infection purulente, etc.), que l'on observe en Europe, elles paraissent exceptionnelles chez les mêmes races colorées. Par contre, le tétanos qui respecterait les fumeurs d'opium (Rochard), et les hémorragies enlèvent souvent les blessés sous la zone torride. C'est ainsi qu'après le combat de Dialmath, sur une centaine d'Européens et une cinquantaine de noirs blessés, huit nègres moururent du 3^e au 5^e jour du tétanos, tandis que pas un blanc ne fut atteint (Béal, *Quelques considérations sur les maladies observées au Sénégal*, thèse de Paris, 1862).

La fièvre traumatique, en général modérée, à cause de l'anémie et de l'impaludisme, devient intermittente dans ce dernier cas, et ses accès retardent la cicatrisation.

La misère et la malpropreté d'une part, la syphilis, les dermatoses si fréquentes (2), la chloro-anémie propre à la zone

(1) Lespiau, *Exposition clinique des blessures de guerre soignées dans les hôpitaux militaires français de Puebla et de Cholula (Recueil de Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires*, 3^e série, t. XIV).

(2) D'après Clavel (*Archives de Médecine navale*, Sept. 1884), les diverses formes de la lèpre, et en particulier la lèpre amputante des doigts et des orteils, frapperait dix Marquisiens sur 100, au minimum.

tropicale, si souvent accompagnée d'infiltration œdémateuse des jambes, etc., expliqueraient en partie la tendance à l'ulcération phagédénique et à la suppuration que présentent les moindres érosions, les piqûres d'insectes, etc., au niveau des membres inférieurs. Le tatouage se complique souvent d'angioleucite (Clavel).

L'ulcère spécial phagédénique des membres inférieurs tient une place importante dans la pathologie des races noire et jaune; les Annamites, les Chinois, les Cafres, etc., en sont fréquemment atteints. Ces ulcères peuvent envahir le pied, la jambe, se compliquer de lésions osseuses, carie, etc., et motiver l'amputation. Les conditions hygiéniques et climatériques paraissent au moins aussi importantes que la cause ethnique (1); ajoutons qu'on lui a assigné récemment une origine microbienne (Le Dantec, *Origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds*, A. M. N., Juin 1885).

Signalons aussi, la prédisposition qu'aurait le nègre à produire du tissu conjonctif cicatriciel ou fibreux en abondance (chéloïdes, fibromes de l'oreille, fibro-myômes utérins), et cette étrange affection « éléphantiasis », qui a été regardée comme une complication des traumatismes, comme une sorte d'érysipèle ou de lymphangite réticulaire (2). Sa nature et son mode de développement ne sont pas encore absolument définis, mais l'on tend aujourd'hui à rattacher au parasitisme (Manson), cette maladie, qui, comme l'hémato-chylurie des pays chauds, certaines hydrocèles

(1) Morand, *Notes médicales sur l'ambulance de Namh-Dinh* (*Archives de Médecine navale*, Juin 1885).

(2) Bourel-Roncière, *Archives de Médecine navale*, 1878.

et ascites, ne serait qu'une forme de la *filariose* (filaires adultes de Bancroft, et filaires embryonnaires de Wucherer).

Deux mots, pour terminer cet alinéa, de deux affections, la maladie de Ballingall (1) et l'ainhum, dont la première, considérée aujourd'hui comme de nature parasitaire, donne lieu à une déformation du pied (*anaïkal*, pied d'éléphant, ou *périkal*, gros pied), qui présente quelque analogie de forme avec l'éléphantiasis.

La maladie de Ballingall ou pied de Madura est une affection endémique frappant exclusivement toutes les nationalités et races Indoues; elle respecte les Européens même nés dans le pays. C'est une tumeur bénigne proliférant mais ne se généralisant pas; elle détruit tous les tissus du pied, qu'elle transforme en kystes à contenu muriforme. L'état général n'est modifié que par la suppuration prolongée consécutive. L'amputation est le seul remède.

Robin a fait du corps muriforme « une production épithéliale hétérotopique, enkystée (épithélium prismatique), laquelle, à l'encontre des autres épithéliomas, demeure locale et sans généralisation », mais l'étude histologique d'un pied, faite par Corre, démontre que le prétendu épithélium prismatique de Robin est un parasite (corpuscule frangé de Corre) Cette opinion se rapprocherait de celle de Carter, qui a constaté la présence d'un parasite végétal du genre des *myxosporées*, dont l'habitat ordinaire serait le cotonnier ou un autre végétal, et qui envahirait par les glandes sudoripares (Hirz), ou par une piqûre d'épine

(1) Corre, *La maladie de Ballingall ou pied de Madura*, d'après les notes inédites du Dr Collard, de Pondichéry (*Archives de Médecine navale*, Février 1883).

le pied des Hindous qui marchent généralement pieds nus (Bordier).

M. Fontan a publié, dans les Archives de médecine navale (tome xxxvii, mars 1882), un mémoire très important et très remarquable sur « la question de l'*Ainhum* ». Une bibliographie très étendue précède ce travail.

Voici les conclusions :

« 1° La prétendue entité morbide appelée *ainhum* n'existe pas, en tant que maladie locale, spéciale aux races colorées;

2° La même affection se rencontre aussi dans les races blanches, où elle commence ordinairement dès l'époque congénitale. On peut la rencontrer aussi à tout âge de la vie;

3° Elle est caractérisée essentiellement par un sillon constricteur, progressif, sans cause mécanique, pouvant aller jusqu'à l'amputation, et amenant secondairement dans la partie étranglée une dégénérescence graisseuse;

4° Cette maladie appartient vraisemblablement à la classe des tropho-névroses;

5° Son processus anatomique est celui de la sclérodémie, et elle mérite le nom de sclérodémie annulaire. »

VII. Traitement.

L'ensemble des soins hygiéniques et médicaux qui, chez un blessé, favorisent l'évolution de la lésion traumatique vers la guérison, constitue le traitement général.

Les moyens propres à permettre et à maintenir le rapprochement des éléments anatomiques ou des tissus séparés par le traumatisme et à aider au travail de la cicatrisation, forment le traitement local.

A. *Traitement général.* — Les moyens hygiéniques ou diététiques, ainsi que le régime alimentaire des blessés, ont été, de tout temps, considérés comme ayant une grande importance. Hippocrate, Galien, etc., ont formulé, sur ce point, des préceptes auxquels ils attachaient une portée réelle dans le traitement des affections médicales ou chirurgicales, aiguës ou chroniques, et qui ont été suivis, en ce qui concerne le régime alimentaire, surtout, jusqu'à une époque assez rapprochée de nous.

Cette question de l'alimentation des blessés ou des opérés a subi, d'ailleurs, de nombreuses fluctuations. La diète stricte, recommandée par Galien, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, etc., a trouvé des partisans dans Lisfranc, Dupuytren, Blandin, et la majeure partie des chirurgiens de cette époque. Une réaction timide commença avec Velpeau, Sédillot, etc.; vinrent ensuite Malgaigne (1842); Boyer (1857), Follin, etc., qui alimentèrent leurs blessés et obtinrent de brillants succès (1). Aujourd'hui, opérés comme accouchées, qui ne sont en somme que des blessées, ne sont plus spoliées par la diète; à moins de contre-indications spéciales, ils prennent, en quantité modérée, les aliments qu'ils demandent et qu'ils peuvent digérer. Du vin pur sera accordé aux alcooliques.

Il arrive fréquemment que l'absence de mouvements qu'entraîne le séjour au lit ou à la chambre contribue à déterminer des troubles digestifs et surtout la constipation.

(1) Un fait avait frappé Malgaigne, c'est la différence très grande dans la proportion de mortalité (1/3) chez les blessés Français et Allemands, soumis à la diète, et (1/26) chez les blessés Russes, alimentés avec du pain, de la viande et du vin (*Archives de Médecine*, 3^e série, t. XIV, 1842).