

retirer de grands avantages de cette intervention, lorsqu'on sera en présence d'une péritonite tuberculeuse purulente enkystée et qu'on aura à combattre des accidents d'obstruction intestinale ou de septicémie.

En résumé, nous nous rallions, jusqu'à plus ample informé, aux préceptes formulés par M. Trélat en 1883 à la Société de Chirurgie : « Lorsque, chez un tuberculeux, l'une des localisations aggrave l'état général, il faut, si c'est possible, supprimer cette localisation par une opération d'exérèse ; si, au contraire, ce sont les lésions viscérales qui dominent la scène, il faut s'abstenir de toute opération ; la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile, parfois trompeuse. » Et nous ajouterons, avec M. Richelot (1) : « Pour les chirurgiens qui n'opèrent pas à la légère et sans indications formelles, la notion des états morbides antérieurs a une influence qu'on ne peut nier sur le pronostic des opérations, et c'est déjà beaucoup, mais elle ne modifie pas notablement les limites de l'intervention chirurgicale. » En d'autres termes, si l'état viscéral est satisfaisant, il faut enlever le foyer tuberculeux ; si au contraire l'état viscéral est grave, il faut s'abstenir, à moins qu'il ne s'agisse d'une fistule complexe, avec clapiers, etc., dans lequel cas l'opération simplifie la plaie et supprime les accidents septiques.

Mais on ne doit pas se borner à l'acte chirurgical, et toutes les fois que, les cas d'extrême urgence exceptés, une intervention chirurgicale est reconnue nécessaire

(1) Richelot, in *Union médicale*, p. 772, 1885.

chez un tuberculeux, il faut, suivant le conseil de M. Verneuil, faire suivre au malade un traitement préparatoire destiné à créer une *dyscrasie parasiticide* : n'opérer que lorsque les urines donnent la réaction caractéristique de l'iodoforme, par exemple, si c'est cette substance que l'on emploie à l'intérieur.

S'il y a lésion ouverte à l'extérieur, on emploiera localement, et sans préjudice du traitement interne, l'iodoforme en poudre, en crayons, ou en injections (d'éther iodoformé), suivant les cas.

§ B. SYPHILIS (1).

L'influence réciproque du traumatisme et de la syphilis, depuis longtemps admise par les uns (G. Ucay, Faviard, Astruc, J.-L. Petit, Denonvilliers et Bérard), et niée par d'autres (L. Boyer, Lagneau, Ricord, etc.), ne fut bien établie que grâce aux observations de Verneuil et Guillemin (1863), et celles plus récemment publiées dans les thèses de L.-H. Petit (2), Bénicy, Gellé (3), Jannot (4), et les mémoires de Dusterhoff (5),

(1) L. Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2^e édit., Paris, 1887.

(2) L.-H. Petit, *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme* (Th. de Paris, 1875).

(3) Gellé, *Des fractures chez les syphilitiques* (Th. de Paris, 1884).

(4) Jannot, *Opérations chirurgicales chez les syphilitiques* (Th. de Paris, 1884).

(5) Dusterhoff, *De l'influence de la syphilis constitutionnelle sur la marche des plaies de guerre* (*Arch. für klin. chirurg.*, 1878).

de Folinea (1), Andronico (2), etc. La divergence des auteurs provenait sans doute de ce qu'ils ne tenaient pas un compte suffisant dans leur appréciation de la question de constitution individuelle, de traitement antérieur ou d'absence de soins, d'âge de la syphilis, etc., toutes conditions qui impriment à l'intoxication spécifique autant de formes cliniques distinctes.

Dans la plupart des cas, les lésions traumatiques récentes des parties molles ne paraissent guère influencées par la syphilis ; d'autres fois, au contraire, ces lésions présentent une évolution anormale ; comme dans la scrofule, les plaies ont une tendance marquée à l'ulcération et marchent lentement vers la guérison. Verneuil fait, du reste, remarquer avec juste raison, qu'il y a plus d'un point de ressemblance entre la scrofule et la syphilis envahissant les mêmes systèmes anatomiques (os, lymphatiques, peau, et muqueuses), aboutissant dans leurs formes à des produits voisins, le tubercule et la gomme (3). Il ressort de nombreuses observations, qu'à la période primitive de la syphilis, la plaie résultant de l'excision d'un chancre induré (Lewin, Auspitz et Unna, etc.), ou de l'opération du phimosis, le prépuce étant le siège du chancre (Dusterhoff, etc.), se cicatrise par première intention ; mais il n'est pas exceptionnel de voir plus tard l'induration

(1) Folinéa, *Des lésions traumatiques chez les syphilitiques* (Arch. gén. de Méd., 1881).

(2) Andronico, *L'influenza della sifilide sui traum.* (Gazz. med. di Torino, 1886).

(3) Verneuil, (*Encycl. intern. de Chir.*, t. I, p. 143).

envahir la cicatrice (Delpech, Zeissl, Boley) (1). Si la plaie siège sur l'induration spécifique même, il y a retard dans la guérison, jusqu'après la disparition de l'infiltration.

A la période des manifestations secondaires, les plus légères excoriations de la peau, les plus minimes solutions de continuité peuvent se transformer d'emblée en ulcérations spécifiques ; les plaies par instruments tranchants, les plaies contuses, tantôt présentent des complications (hémorrhagies, inflammation, gangrène et névralgies, etc.), suppurent, s'ulcèrent, et ne guérissent pas ; d'autres fois la cicatrisation qui a une évolution normale, se modifie tardivement, s'arrête et prend l'aspect d'une syphilide ulcéreuse. Par contre, J.-L. Petit, Langenbeck, Thomann, Dusterhoff, Neudorfer, etc., ont vu chez des syphilitiques en pleine floraison des accidents secondaires, des plaies d'amputation, des plaies par armes à feu, etc., guérir sans aucune complication et dans le même espace de temps, pour ainsi dire, que chez des individus sains.

La période tertiaire comprend la plus grande partie de la durée de l'intoxication syphilitique, et, à cette phase, tout l'organisme est susceptible d'être atteint par le mal ; aussi faut-il s'attendre à voir le traumatisme accidentel ou chirurgical faire sentir son influence aussi bien sur les parties superficielles que sur les parties profondes, sur les parties molles que sur le squelette. Les observations relatives à la marche des

(1) Boley, *De l'influence du traitement immédiat du chancre sur l'évolution secondaire de la syphilis* (Th. de Nancy, 1883).

lésions traumatiques chez les syphilitiques qui ont des manifestations tertiaires au moment même du traumatisme sont assez rares. Nous trouvons cependant plusieurs cas d'ulcération de gommés incisées dans la thèse de Jannot. Dans l'observation de Guillemin (*Gazette hebdomadaire*, 1863), le malade porteur de tubercules cutanés, qui se fait soigner pour une ulcération insignifiante du talon, ne voit celle-ci se cicatriser qu'après l'institution d'un traitement spécifique. Mais c'est surtout pendant la longue période latente de la syphilis qu'on a l'occasion de rencontrer le traumatisme sous toutes ses formes, et que l'on peut apprécier le retentissement sur celui-ci de la maladie constitutionnelle. Cette étude est en même temps pleine d'enseignements pour le chirurgien appelé à intervenir pour remédier aux pertes de substance créées par la syphilis.

A cette période, comme à la période secondaire, les plaies traumatiques ou opératoires peuvent évoluer normalement et ne pas réveiller la diathèse, surtout lorsqu'elles siègent dans des régions qui ne sont pas des lieux d'élection de la syphilis. Hallopeau (*lococitato*, p. 28), dit avoir vu des plaies contuses, parmi lesquelles un bec de lièvre traumatique, se réunir par première intention chez des syphilitiques en pleine évolution secondaire. Verneuil, Friedberg, Folinea, Magiotti, ont fait avec un plein succès, chez des syphilitiques avérés, des opérations de cheilorrhaphie, de rhinoplastie, d'ablation d'un carcinôme du sein, d'éléphantiasis des grandes lèvres, etc. D'autres fois, au contraire, le traumatisme

appelle la syphilis et le travail de réparation s'arrête, ou bien la plaie cicatrisée tout d'abord par première intention s'ulcère tardivement et devient le siège de chéloïdes, ou bien encore la surface cruentée prend d'emblée la forme ulcéreuse ou se transforme en gomme syphilitique. Billroth, Jobert de Lamballe, Verneuil, etc., ont vu ainsi plusieurs opérations d'autoplastie échouer complètement ; dans ces cas une médication appropriée a toujours amené une amélioration notable dans la marche de la cicatrisation, et a permis d'intervenir de nouveau avec de bons résultats. De là la nécessité d'un traitement spécifique longtemps continué, et la disparition, depuis six mois au moins, de tout accident avant d'opérer un malade qui a déjà présenté des manifestations syphilitiques (Verneuil).

Un des sièges d'élection de la syphilis et sur lequel le chirurgien ne devra porter l'instrument qu'avec une extrême prudence, c'est l'iris. Une iridectomie pratiquée par M. Abadie trois mois après la disparition des accidents échoua complètement et fut suivie de complications graves. Une deuxième opération ne réussit qu'après un nouveau traitement des plus sérieux et une nouvelle attente. Cependant Bos (1) parle d'une cataracte opérée en pleine période d'accidents secondaires sans qu'il en soit résulté aucune entrave à la guérison.

Enfin, lorsque les syphilitiques sont porteurs d'altérations viscérales graves (cerveau, rein, foie), les lésions

(1) Bos, *Des cataractes syphilitiques* (Th. de Bordeaux, 1884).

traumatiques s'aggravent en général de toutes les complications (hémorrhagies, gangrène, etc.), communes aux divers états cachectiques.

Si la syphilis secondaire ne paraît pas exercer à elle seule d'influence fâcheuse sur les lésions traumatiques des os, il est incontestable que la syphilis héréditaire et la syphilis tertiaire favorisent la production des fractures et jouent un rôle important dans leur consolidation. Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire, peu connues il y a trente ans, bien qu'entrevues par Valleix, ont été surtout étudiées par Parrot, Wegner, R. Taylor, et dans ces dernières années par Fournier, Lannelongue (1). Parrot distingue deux ordres différents de fractures. Jusqu'à l'âge de trois ou quatre mois, on les observe dans le voisinage de la ligne chondro-calcaire de séparation de l'épiphyse et de la diaphyse, et comme dans le décollement épiphysaire, les symptômes sont ceux d'une pseudo-paralysie (Thèse de Patey, Paris 1878). A un âge plus avancé, la solution de continuité siège à la partie moyenne de l'os et s'accompagne en général de peu de déplacement. C. Pellizzari et Taffani ont observé des fractures spontanées des côtes; Hutchinson, Parrot, Waldeyer, etc., la fracture de l'humérus, de beaucoup la plus fréquente; Volkmann, une fracture du radius, et Lannelongue une fracture du maxillaire inférieur. Ces fractures spontanées, dues à des productions gommeuses ou à des ostéopériostites suppuratives (cas de Lannelongue), guérissent quelquefois

(1) Lannelongue, in *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, et in *Th. de Gellé*, Paris, 1884.

sous l'influence d'un traitement approprié. Mais on peut aussi les voir suppurer et ne pas se terminer si favorablement. En dehors de ces cas de fractures spontanées, on peut encore observer chez les nouveau-nés syphilitiques héréditaires des fractures traumatiques qui se consolident dans un temps normal.

Parmi les lésions que détermine la syphilis acquise au niveau du système osseux, nous citerons l'ostéite et l'ostéomyélite gommeuses localisées qui prédisposent à la fracture spontanée des os longs (humérus, fémur, radius, côtes). Cet accident que l'on a longtemps, sans preuves anatomiques à l'appui, attribué à une sorte d'atrophie et de fragilité généralisées à l'ensemble du squelette (Venot), serait plus souvent, d'après de récentes recherches (1), le résultat d'une lésion locale (ostéite gommeuse, raréfiante), ainsi que l'avaient soupçonné Volkmann, Lanceraux, etc. Il résulte cependant de nouvelles expériences de Charpy que, dans la syphilis tertiaire, le squelette présente en dehors des lésions gommeuses, un certain degré de fragilité. Des péronés absolument sains se sont brisés sous une pression de moitié moindre que celle à laquelle ils cèdent chez un sujet non syphilitique (Lannelongue). Quoi qu'il en soit, les fractures spontanées sont assez rares chez les syphilitiques; il n'en existe qu'une quarantaine d'observations appartenant pour la plupart à la période tertiaire de la maladie; ces fractures sont parfois mul-

(1) Dubar (Th. d'agrég., Paris, 1883). — Gangolphe, *Ostéomyélite gommeuse des os longs*, Paris, 1885. — Perret (Th. de Lyon, 1885). — Prévost (Th. de Lille, 1886). — P. Simon (Th. d'agrég. déjà citée).

tiples ; sur 39 malades on a relevé 52 fractures (Gangolphe).

Si quelques faits concluants établissent que par la simple immobilisation et sans traitement spécifique, des fractures chez des syphilitiques à la période latente se sont consolidées à peu près dans le même espace de temps que chez les sujets sains (Bérenger-Féraud, Cazenave, Després, Folinea, etc.), d'autres faits de non consolidation démontrent aussi que la syphilis empêche ou retarde le travail de réparation (Lannelongue), en cachectisant l'organisme et en altérant localement le foyer de la fracture (ostéite et ischémie par oblitération des vaisseaux). La statistique de Gangolphe mentionne 6 cas de pseudarthrose et 4 cas de suppuration du foyer de la fracture. Dans le cas de fracture compliquée, la syphilis ne modifie parfois en rien l'évolution de la plaie, mais le plus souvent celle-ci prend le caractère de l'ulcère spécifique. D'autre part, contrairement à l'opinion des anti-mercurialistes (Virchow, Gurlt, etc.), pour qui le mercure est coupable non seulement de la fracture mais aussi de sa non-consolidation, les chiffres prouvent que, grâce au traitement spécifique, les pseudarthroses ont marché rapidement vers la guérison, et que des fractures traumatiques n'ont guéri que par le traitement interne. Ajoutons enfin qu'un point fracturé constitue un *locus minoris resistentiæ*, sur lequel pourra se manifester de préférence, un jour, l'intoxication syphilitique à ses différentes périodes.

Le traumatisme accidentel (morsure) ou opératoire (saignée, vaccine, ventouses scarifiées), sert quelquefois de porte d'entrée à la syphilis, mais son influence doit être surtout envisagée lorsqu'il atteint un syphilitique qui se trouve en puissance d'accidents spécifiques secondaires ou tertiaires, ou, au contraire, dans une période latente de la maladie. Dans la première alternative, la lésion traumatique détermine une poussée et aggrave les manifestations existantes ; dans le second cas, la diathèse se réveille sous la forme d'accidents secondaires ou tertiaires, au niveau du foyer traumatique même (périostose, gommès, etc.) ou bien au niveau des éléments anatomiques de nouvelle formation et de vitalité amoindrie qui constituent les tissus de cicatrices dans d'anciens foyers traumatiques ou inflammatoires. Parmi les nombreuses observations signalées dans les travaux relatifs au sujet qui nous occupe, il nous suffira de citer le fait suivant rapporté dans la thèse de L.-H. Petit. Chez un vieillard de 88 ans qui se luxa l'épaule, la syphilis restée latente pendant plus de soixante ans se manifesta par des plaques de rupia à la région deltoïdienne (Verneuil). Dans une autre série de faits beaucoup plus rares et moins probants, l'intoxication s'est manifestée à distance et sous forme d'accidents généraux (ecthyma (Cazenave, Merkel), gommès sous-cutanées (Verneuil, Gross, etc).

La diathèse réagit sous l'influence d'un léger traumatisme comme une piqûre de sangsue, l'application d'un vésicatoire (Cazenave) et la piqûre de la seringue de Pravaz, mais beaucoup plus fréquemment cependant

sous l'action d'une grave opération (autoplastie, amputation, etc.) ou d'un violent traumatisme (fracture, contusion, etc.). Les accidents apparaissent généralement entre 3 et 20 jours, évoluent de même que s'ils étaient survenus spontanément et cèdent facilement au traitement approprié. Certaines syphilides, les ulcérations des gommès, en particulier, sont pourtant plus rebelles.

§ C. PALUDISME.

Le mot *paludisme* (Verneuil) désigne une intoxication caractérisée symptomatiquement par des fièvres intermittentes ou rémittentes, et par un état cachectique spécial dont les principaux attributs sont une anémie considérable et rapide, une diminution de nombre et une altération des globules du sang (1), de l'hypertrophie splénique, des altérations viscérales (foie, reins, etc.) Le paludisme constitue un état général morbide dont l'influence sur les foyers traumatiques est nettement démontrée aujourd'hui par les faits les plus nombreux et les plus concluants.

Delpech, Lafont-Gouzy, et, plus tard, Bouisson (2), publièrent les premiers des observations d'accidents (hémorrhagies intermittentes, névralgies, fièvres, etc.),

(1) L'hémoglobine, sous l'influence des Beggiatoa et de la décomposition des sulfates, se transformerait en sulfure de fer, et l'oxygène des globules rouges serait absorbé par les Beggiatoa en voie d'évolution dans l'organisme (J. Rouquette (d'Espalion), *loco citato*).

(2) Bouisson, *Sur les hémorrhagies périodiques des plaies*, Montpellier, 1854.

à l'infection paludéenne. En 1866 et 1867, Cocud (1), le professeur Mazzoni (de Rome) (2), et Duboué (de Pau) (3), attirèrent à leur tour l'attention des chirurgiens sur ces accidents, et, l'année suivante, Verneuil inspirait le premier travail d'ensemble sur le sujet à l'un de ses élèves, M. Dériaud (4). Une fois la question posée, les documents ne firent pas défaut ; Moriez (5), Liégey (6), Taiebould Morsly (7), Valerani (8), etc., apportèrent leur contingent d'observations. Plus récemment enfin, nous citerons les mémoires de Verneuil et L.-H. Petit (9), la communication de M. Dehenne au premier Congrès français de Chirurgie, les articles de M. Coë (10), du docteur Jules Rouquette (D'Espalion) (11), et de l'excellent paragraphe du livre de Corre (12).

(1) Cocud, *Des complications que la diathèse paludéenne peut apporter aux lésions traumatiques* (Rec. de Méd. milit., 1866).

(2) Mazzoni, (Congrès méd. intern. Paris, 1867).

(3) Duboué, *De l'impaludisme*. Paris, 1867.

(4) Dériaud, *Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme* (Th. de Paris, 1868).

(5) Moriez, *De l'impaludisme dans ses rapports avec les lésions traumatiques* (Th. de Paris, 1876).

(6) Liégey, *Note relative à l'influence des causes traumatiques sur les accès de fièvre intermittente et réciproquement* (Journ. de Méd. chir. et pharm. de Bruxelles, 1879).

(7) Taiebould Morsly, *Contribution à l'étude du paludisme dans ses rapports avec le traumatisme* (Th. de Montpellier, 1881).

(8) Valerani, *Infl. del traum. chirurg. sul risvegli del impaludismo* (L'Osservatore di Torino, 1881).

(9) Verneuil (Revue de Chirurgie, 1881-1882). — (Bull. de l'Acad. de Méd., 1881). — L.-H. Petit (Revue de Chirurgie, 1882-1883).

(10) Coë, *Malarial Manifestations* (New-York, Méd. J., 1886).

(11) J. Rouquette, *Du rôle des leucomaines dans l'empoisonnement palustre ; applications thérapeutiques. — Influence de l'impal. sur l'organisme, etc.* (Bull. gén. de Thérap., 1886).

(12) Corre, *Traité clinique des maladies des pays chauds*, Paris, 1887.

La nature et l'intensité des accidents ou complications que le paludisme fait apparaître au niveau du foyer traumatique varient suivant la période et le degré d'intoxication auxquels est arrivé le blessé ou l'opéré, suivant aussi que celui-ci reste soumis ou a été soustrait depuis longtemps déjà à l'infection paludéenne; l'influence de la race est également à considérer.

A la première période, les heureux résultats qu'ont donnés les grandes opérations pratiquées durant les expéditions d'Algérie, démontrent que la réparation des plaies accidentelles ou opératoires ne serait pas sensiblement aggravée par l'action du miasme paludéen; mais il se produit sous son influence certains phénomènes ou accidents locaux, parmi lesquels les plus constants sont des congestions, des hémorragies, des spasmes ou des douleurs à forme névralgique, dont le caractère de périodicité est des plus nettement accusé, et qui guérissent très bien par l'usage du sulfate de quinine (Verneuil, Cocud, etc.) Ces manifestations (névralgies, spasmes, hémorragies) naissent d'ordinaire au lieu blessé, isolément, et en général rapidement après le traumatisme; toutefois, elles peuvent coïncider (Verneuil), apparaître tardivement ou se montrer dans une région éloignée du foyer traumatique. Enfin, les accès intermittents simples arrêtent la cicatrisation, dessèchent la plaie, puis la rendent saignante et en décollent les bords (1).

Lorsque l'intoxication ancienne est arrivée à la période

(1) Eccles, *Reports of the Stafford House com.* (ambulance anglaise durant la guerre turco-russe).

cachectique, c'est-à-dire des lésions viscérales (rate, foie, reins, cœur, etc.), les complications les plus sérieuses menacent le blessé. Malgré le pansement de Lister et les préparations quinquiques, la réunion immédiate échoue, les plaies les plus légères suppurent, se cicatrisent difficilement ou s'ulcèrent (1) et deviennent phagédéniques (2); parfois même, le phlegmon diffus, une lymphangite grave, l'érysipèle, la septico-pyohémie, la gangrène, etc., emportent rapidement le malade (3). Enfin, d'après Taïeb ould Morsly, le paludisme retarderait aussi la consolidation des fractures, comme il retarde la réparation des plaies. Roux est d'un avis opposé; il pense qu'on a exagéré d'une manière générale l'action du paludisme sur le traumatisme. « Je n'ai jamais constaté, dit-il, que la guérison des fractures fut plus longue dans l'Inde qu'en France. Chez les Bengalis, presque tous atteints à un degré variable de *cachexie paludéenne*, j'ai obtenu de magnifiques résultats

(1) Localement la poudre d'iodoforme donnerait de bons résultats à M. J. Rouquette (communication écrite).

(2) On a fait de ces ulcères phagédéniques une maladie à part (voir page 274); mais cette prétendue entité morbide (Le Roy de Méricourt et J. Rochard) est considérée par Corre, Treille, Fontan et la plupart des médecins de la marine comme une simple complication diphtéroïde banale dont le paludisme frappe les plaies les plus insignifiantes dans les pays chauds.

(3) Verneuil et L.-H. Petit, dans une étude très complète (*loco citato*), ont réuni toutes les observations connues de gangrène palustre et les divisent en deux groupes: 1° les *gangrènes associées*, de beaucoup les plus nombreuses qui compliquent le traumatisme accidentel ou chirurgical chez les cachectiques, dans lesquelles l'état général joue le principal rôle; 2° les *gangrènes palustres proprement dites*, aussi rares que les cas d'asphyxie locale, liées exclusivement à l'influence paludéenne.

opératoires sans aucun accident : la guérison était même beaucoup plus rapide qu'en Europe » (1). Les médecins de la marine qui ont exercé dans divers pays à malaria, font les mêmes remarques (communication de M. Fontan).

Un nombre considérable de faits bien observés (Moriez, Taieb Ould Morsly, Vieusse, etc.) (2), ne permettent plus aujourd'hui de mettre en doute l'opinion émise depuis plusieurs années par Verneuil, que les lésions traumatiques aggravent les manifestations du paludisme, ou réveillent la diathèse à l'état latent depuis un plus ou moins grand nombre d'années. Dans ce dernier cas, la fièvre s'allume en général dans les deux premiers jours qui suivent la blessure (contusion, plaie, fracture, opération sanglante, etc.), sous forme d'accès intermittents, parfois pernicieux d'emblée (Mazzoni, J. Rouquette, etc.); ou bien elle prend un type différent, surtout si elle coïncide avec la fièvre traumatique vraie à laquelle elle se *superpose* (Verneuil), ou s'il survient une complication inflammatoire, septicémique (fièvre à type rémittent). La durée est en rapport avec la gravité de la blessure, la quantité de sang perdu, l'état des viscères (permettant aux microbes d'accumuler plus ou moins de leucomaïnes), et l'énergie du traitement par le sulfate de quinine. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que des névralgies larvées, des spasmes,

(1) F. Roux, *Traité pratique des maladies des pays chauds*, Paris, 1886).

(2) Vieusse, *Bull. de la Soc. de Chir.*, août 1883.

l'anémie, etc., peuvent être les seules manifestations de la diathèse rappelée.

Enfin, lorsque le traumatisme atteint un sujet qui, tout en n'ayant pas souffert de la fièvre paludéenne, est resté pendant un certain temps exposé à ses causes, on peut voir se déclarer des accès ou des accidents intermittents, qu'on devra distinguer des phénomènes pseudo-intermittents liés à des maladies des voies urinaires, du foie, etc., et qui cèdent, eux aussi, à l'emploi du quinquina. Ici encore, la blessure *éveille* l'intoxication latente (1).

Dans les milieux palustres où tout le monde est plus ou moins intoxiqué, suivant qu'on élimine plus ou moins le poison leucomaïque, toutes les affections médicales ou chirurgicales sont compliquées du paludisme; il est donc bon, avant d'opérer, de soumettre à la quinine, aux arsenicaux (2 ou 3 granules à 1/2 milligramme d'arséniate de strychnine par jour), aux toniques amers et ferrugineux. On ne doit pas non plus négliger les purgatifs ou vomitifs, ni les diurétiques, afin de faciliter l'absorption des fébrifuges et de rendre l'élimination plus active.

Le paludisme produit encore spontanément, c'est-à-dire sans trauma, des manifestations d'ordre externe

(1) Il en est de même lorsque certains individus qui, dans un milieu palustre, n'ont jamais eu de fièvre paludique (les fébrifuges ou l'action de la rate et du foie détruisant leurs microbes), changent de climat et vont habiter un pays froid ou frais. L'élimination leucomaïque se ralentit parce que les voies d'élimination (foie, rate, peau) sont en moindre activité; de là des accès qui ne peuvent parfois guérir que lorsque les malades retournent dans un pays chaud.

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 hémorragies 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).