

fection tuberculeuse. On opérera donc le malade présent ; l'absence de lymphocytose rachidienne laisse espérer l'absence de réaction inflammatoire méningée, et une amélioration probable suivra l'excision de sa plaque tuberculeuse.

Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde et sur leur Traitement

M. Chantemesse, sur environ 2.000 cas de fièvre typhoïde, a observé 35 cas de perforation de l'intestin, soit dans la proportion de 1,7 pour 100. En compulsant les statistiques étrangères, on trouve un pourcentage plus élevé : 2,7 pour 100 (199 perforations sur 7.363 cas). La vraie cause de la perforation ne réside ni dans un traumatisme de l'intestin, ni dans un écart de régime, mais dans la thrombose des vaisseaux sanguins des follicules par des globules blancs.

Il n'existe aucun symptôme vraiment pathognomonique et précoce de la perforation intestinale typhique : tous les signes sont empruntés à la péritonite et on peut les voir réunis, au cours de la fièvre typhoïde, chez des malades qui n'ont pas de perforation de l'intestin. Cependant certains symptômes, quand ils sont réunis et suffisamment accusés, ont une importance très considérable et souvent décisive ; c'est la douleur brusque et localisée, c'est la rétraction du ventre et la rénitence limitée à la pression. Un signe assez précoce, qui traduit la secousse subie par le système nerveux central, c'est l'épilepsie spinale provoquée du côté de la lésion par le redressement brusque du pied sur la jambe.

Il est des perforations intestinales typhiques qui guérissent toutes seules sans que ni le malade ni le médecin ne se doutent