

et rapide, plus elle sera favorable. Le plus souvent la perforation intestinale typhique est petite et unique (138 fois sur 167. Keen.)

M. Michaux souhaite que cette note incite les médecins à poser plus vite encore, si possible, le diagnostic pour nous faire appeler plus vite auprès des malades dans des conditions qui améliorent encore les résultats opératoires.

Quant au mode d'intervention, tous les orateurs ont été d'accord sur la difficulté de suturer les perforations dans des tissus œdématisés, se déchirant facilement, et sur le peu de garanties qu'offrent de pareilles sutures, ainsi qu'en témoigne la fréquence des récidives de la perforation.

Aussi M. Souligoux pense-t-il que la résection intestinale serait beaucoup plus indiquée que la simple suture. M. Loison serait plutôt disposé à essayer du simple abouchement de la perforation à la peau. M. Tuffier considère ces opérations, surtout la première, comme trop longues, partant comme trop graves pour des malades dont la résistance est déjà très affaiblie par l'infection typhique, et il conseille la simple suture de la perforation, mais en ayant soin de mettre au contact de cette suture un gros drain, de façon à s'assurer contre les risques d'une reproduction de la perforation.

M. Moty a eu deux fois l'occasion d'intervenir et ses malades sont morts. Le premier, opéré cinq heures après le début des accidents, est mort le lendemain soir ; le second, opéré également à la cinquième heure, n'a succombé qu'au bout de quatorze jours. L'autopsie montra que la perforation avait été bien obturée, mais que la mort était due à deux abcès enkystés et fétides l'un pelvien, l'autre sous-hépatique.

M. Toussaint est intervenu lui aussi dans deux cas qui se sont terminés par la mort. Dans les deux cas l'opération montra des ganglions mésentériques volumineux et ramollis. Chez le second malade, qui a survécu dix-huit jours, l'autopsie a fait voir une péritonite enkystée due à l'éclatement d'un de ces ganglions.

M. Poncet (de Lyon) relate la statistique de son service qui renferme sept cas, tous terminés par la mort. Quatre, au moins, de ces cas, concernent des typhus ambulatoires : or, cette variété de typhus favorise, à n'en pas douter, la perforation.

Au point de vue du diagnostic, M. Poncet insiste sur la douleur brusque et violente accusée par tous ses malades. Dans un cas, le pouls était normal. Aucun malade n'a eu ni disparition de la matité hépatique ni hypothermie.

M. Delbet n'a observé qu'un seul cas. Un des symptômes les plus frappants avait été la dysurie. Le malade succomba quelques heures après la laparatomie, après avoir présenté des vomissements noirs.

M. Rochard insiste sur les fausses perforations qui mènent souvent à un diagnostic erroné et à une invention inutile. Heureusement, dans un cas qui lui est personnel, comme dans le cas de M. Morestin, le malade a guéri et M. Rochard est d'avis que, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. La gravité de l'intervention n'est pas telle qu'il soit permis de ne pas en faire bénéficier les malades.

M. Ricard a eu deux fois l'occasion d'opérer des malades atteints de perforation et de les guérir. Dans le premier cas, il est intervenu deux heures et demie après le début des accidents. Il a trouvé un bloc d'anses intestinales agglutinées, et au milieu de la masse, l'une d'elles était perforée. La grande cavité péritonéale était indemne et le malade guérit après suture.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme opérée vers la douzième heure de sa perforation. Le péritoine contenait une assez grande quantité de liquide bouillon sale : sur l'intestin grêle une perforation de deux millimètres de diamètre et, tout autour, quelques points blancs, ressemblant grossièrement à des boutons d'acné ! on aurait dit des perforations imminentes. La malade guérit après invagination de toute la plaque de Peyer et suture.

M. Sieur, médecin militaire, est intervenu dans trois cas et les trois malades sont morts. Il insiste sur deux symptômes qu'il a eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises et qui sont : 1^o la dysurie ; 2^o l'arrêt brusque des matières chez des malades qui sont, en général atteints de diarrhée. Le détail des trois observations de M. Sieur prouve que, dans un grand nombre de cas, la mort est due, non pas à la perforation intestinale, ni à l'intervention qui a suivi, mais à la gravité même de la fièvre typhoïde, gravité mise en évidence par les autopsies qui ont montré un intestin grêle très malade.

A la Société Médicale des Hôpitaux, M. Hayem nous entretenait dernièrement de l'ictère chronique splénomégalyque. M. Hayem a décrit, dès 1898, ce type clinique caractérisé par un ictère chronique de durée pour ainsi dire indéfinie, une anémie plus ou moins intense, une hypertrophie quelquefois considérable de la rate avec augmentation légère du volume du foie, une