

nsisté sur ce mécanisme de guérison spontanée, lui accorde peut-être trop d'importance: on pourrait d'après lui se dispenser d'intervenir dans les perforations ne se traduisant que par une réaction peu vive, et se contenter de stimuler les défenses de l'organisme en injectant du nucléinate de soude, substance éminemment leucocytogène.

M. Quénu n'est pas de cet avis: il estime que dans le traitement des perforations typhiques, l'avenir appartient à la chirurgie.

Les premières statistiques opératoires étaient peu encourageantes et donnaient une mortalité de 90 p.c.; les derniers résultats publiés sont bien meilleurs, puisque la mortalité est tombée à 63 p.c., et cette amélioration est due surtout à l'intervention plus hâtive.

Mais pour intervenir très vite, le diagnostic de perforation doit être très précoce, et c'est ici que les difficultés commencent.

D'habitude, la perforation d'un viscère creux intra-abdominal (estomac, appendice, intestin), se traduit par un cortège de symptômes tout à fait caractéristiques: douleur vive en coup de poignard, défense musculaire localisée, symptômes péritonéaux graves. On retrouve tous ces signes dans les perforations typhiques, mais on les retrouve très atténués.

La douleur peut être beaucoup moins vive, car le malade, engourdi par les toxines éberthiennes, réagit mal; de plus, la plupart des typhiques souffrent déjà du ventre de par l'ulcération des plaques de Peyer; leur ventre est ballonné, leurs muscles abdominaux plus ou moins contracturés.

Les difficultés réelles consistent donc à différencier la péritonite par perforation de la péritonite sans perforation existant déjà chez beaucoup de typhiques autour des plaques de Peyer ulcérées, péritonite dont les chirurgiens ont souvent constaté la présence.

En présence de ces difficultés, on s'est ingénié à chercher des symptômes probants; tous les auteurs insistent sur la *défense musculaire* coïncidant avec une altération de facies et une douleur dans la fosse iliaque droite.

Dieulafoy a déclaré que les malades atteints de perforation présentaient volontiers de l'épilepsie spinale; avec de nombreux médecins, il accorde une grande valeur à l'*abaissement thermique* brusque. Mais on ne doit pas oublier que la fièvre typhoïde peut avoir une défervescence brusque. L'hémorragie intestinale s'accompagne également d'une chute de la température. Enfin, M. Quénu a cité l'exemple d'un enfant de 4 ou 5 ans, maigre et chétif, auprès duquel il fut appelé pour des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Le thermomètre était tombé à 35,6. On pouvait penser à une perforation. M. Quénu s'abstint cependant de toute intervention, et il s'en trouva bien; il n'y avait pas de perforation et le malade guérit; pour atténuer les douleurs abdominales, on avait appliqué de la glace sur le ventre, et cette application, chez un malade très amaigri, à paroi abdominale très mince, avait

suffi à provoquer un abaissement thermique considérable.

L'abaissement de la température n'est donc pas constant; l'accélération du pouls ne l'est pas davantage; on trouve, dans les Bulletins de la *Société de Chirurgie*, une observation concernant un typhique atteint depuis trois jours de péritonite par perforation, et dont le pouls ne dépassait pas 77. Il y a trois ans, M. Quénu était appelé, à l'hôpital Pasteur, auprès d'une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde et chez laquelle on craignait une perforation; les douleurs abdominales étaient modérées, le pouls, bien frappé, battait à 80. M. Quénu n'intervint pas. Or, le lendemain l'état s'aggravait brusquement; la malade mourut, et à l'autopsie on trouvait une perforation.

Les signes cliniques étant en défaut, on a cherché du côté de l'examen du sang, mais la leucocytose est loin d'être constante; il est des cas où l'on a, au contraire, signalé de la leucopénie. De plus, la leucocytose est tardive quand elle existe.

Tout dernièrement, un chirurgien américain a proposé deux nouveaux signes. En auscultant l'abdomen au moyen d'un stéthoscope appuyé un peu brusquement au niveau de la fosse iliaque droite, on entendrait, chez un typhique atteint de perforation, de petites crépitations dues au passage des gaz filtrant à travers la perte de substance. Ce symptôme est peut-être caractéristique, mais sa recherche est dangereuse. Le second signe ne présente pas cet inconvénient; il consisterait dans ce fait, que la résistance musculaire localisée constatée dans le décubitus dorsal se déplace lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté gauche.

Cette grande variété de symptômes auxquels les différents auteurs attribuent de l'importance est la meilleure preuve des difficultés du diagnostic. Et de fait, les observations abondent dans lesquelles des chirurgiens, intervenant pour une perforation cliniquement diagnostiquée, n'ont rien trouvé (Tuffier, Morestin, Rochard, Pouchet, Sieur).

Dans sa communication à la *Société de Chirurgie*, Chantemesse déclare qu' "il n'existe aucun signe de perforation qui, à lui seul, soit certain, nécessaire et précoce".

Il est des cas extrêmement embarrassants, et ces cas sont précisément ceux qui ont trait à des perforations punctiformes, les meilleures au point de vue de l'intervention chirurgicale. Dans les grandes perforations, le tableau clinique est complet, les signes évidents, mais l'intervention est beaucoup moins efficace.

En présence de ces difficultés, certains chirurgiens ont proposé la laparotomie exploratrice dans les cas douteux. Mais une semblable opération est-elle inoffensive? Rochard a rapporté une série de 5 cas dans lesquels elle a pu être pratiquée sans dommage, mais d'autres statistiques sont beaucoup moins encourageantes. En Amérique, à Pennsylvania Hospital, 93 typhiques ont été opérés: 74 fois on a trouvé une ou plusieurs perforations, 19 fois la perforation n'existait pas; or, dans ces 19 cas, on a en-