

dans les quartiers St-Henri, Ste-Cunégonde, St-Denis, De-Lorimier, nous aurions pu obtenir alors ce qu'on a obtenu depuis, l'arrêt de l'épidémie, car aujourd'hui, je suis heureux de le dire, l'épidémie diminue à tous les jours. Ces déclarations ne sont que pour le bureau et rien ne transpire au dehors, et si quelquefois un employé commet une maladresse qui soit de nature à vous nuire auprès de votre clientèle, c'est contre les instructions qu'il a reçues du département et je vous prie de nous en avvertir aussitôt et nous y remédierons immédiatement.

Il me reste, Messieurs, à vous remercier de votre bienveillante attention. Si vous désirez obtenir quelques renseignements supplémentaires, je suis à votre entière disposition.

Clinique Chirurgicale

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde et leur traitement chirurgical

PAR M. LE PROF. QUENU

Le 3 septembre 1909, M. le Professeur agrégé P. Duval est appelé auprès d'un enfant de douze ans, atteint de fièvre typhoïde qui a été pris brusquement, l'avant-veille, d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite; quelques vomissements se sont produits; l'état général s'est rapidement aggravé et le petit malade présente le tableau complet de la péritonite septique diffuse: nez pincé, yeux excavés, visage anxieux, regard éteint, respiration courte, pouls à 130. M. Duval diagnostique une perforation intestinale, et malgré l'état grave et désespéré, propose une intervention chirurgicale immédiate. Une incision pratiquée dans la fosse iliaque droite donne issue à du liquide louche, de couleur bouillon sale. La terminaison de l'intestin grêle est attirée dans la plaie, et l'on trouve une perforation unique, linéaire, de trois millimètres, siégeant à 7 cm. environ de l'angle iléo-coecal. L'extrême gravité des symptômes nécessitant une intervention aussi courte que possible, M. Duval se contente d'extérioriser l'anse perforée; il draine largement et fait un pansement. Des injections de sérum et d'huile camphrée sont pratiquées.

Le lendemain d'amélioration est déjà très sensible, la langue est humide, le pouls à 100, la plaie est lavée à l'eau oxygénée, les drains et le pansement sont changés. Dès le milieu de septembre, le petit malade pouvait se considérer comme guéri, mais son anse intestinale est toujours hors du ventre.

Les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde constituent un accident extrêmement important à bien connaître. Elles sont très fréquentes; la plupart

des malades meurent sans être opérés, l'intervention est l'infime exception, et cependant Buizard a pu réunir dans sa thèse (juillet 1909) 692 observations de perforation traitées chirurgicalement.

Parmi les typhiques qui meurent, 10 p.c., d'après Dicaufcy, meurent de perforation. Chantemesse admet que sur cent malades atteints de dothiéntérie, guéris ou non, 2, 7 ont des perforations; la proportion est encore plus élevée d'après les statistiques de Buizard (3, 73 p.c.) et celles de Paterson (3, 7 p.c.). Un malade atteint de fièvre typhoïde a donc trois chances sur cent d'avoir une perforation. Quels que soient les soins donnés, la perforation peut se produire (Vaquez); seule, d'après Chantemesse, la sérothérapie avait une influence préventive heureuse. La proportion des perforations ne serait plus que de 1 p.c. chez les malades traités par le sérum anti-typhique. La complication survient au cours des fièvres typhoïdes les plus bénignes (fièvre ambulatoire).

Elle est due à l'ulcération nécrotique des plaques de Peyer; le péritoine est atteint par le processus hémorragique (Chantemesse), mais la perforation est souvent très petite du côté de la séreuse, et ne dépasse pas les dimensions d'une tête d'épingle. Ce fait est très intéressant.

La perforation s'observe à toutes les périodes de la dothiéntérie, même pendant la convalescence; mais elle est surtout fréquente au cours du 3e septénaire; la statistique de Buizard est à cet égard tout à fait démonstrative (50 p.c. dans la 3e semaine 27 p.c. dans la 2e semaine).

Une perforation s'étant produite chez un typhique, le pronostic est évidemment des plus mauvais. Le malade est profondément infecté par les toxines du bacille d'Eberth; la constipation est rare chez les typhiques; elle existait chez l'opéré de Duval, et cette circonstance heureuse n'a probablement pas été sans influence sur la guérison après une intervention aussi tardive.

Mais dans la règle, c'est une diarrhée septique que l'on observe, et les matières liquides filtrant dans le péritoine, grâce à la petite perte de substance, provoquent l'éclosion d'une péritonite des plus graves entraînant la mort au bout de quelques heures parfois de quelques jours au plus tard.

Il faut bien savoir cependant que la terminaison fatale n'est pas constante: on a trouvé à l'autopsie de certains malades guéris spontanément d'une fièvre typhoïde, des cicatrices péritonéales au niveau des plaques de Peyer: une *péritonite perforante* avait créé des adhérences suffisantes avec l'épiploon ou une anse intestinale. D'autres fois, on assiste à la formation, dans la fosse iliaque droite, d'un foyer de péritonite circonscrite donnant issue, quand on l'incise, à du pus très fétide: Tuffier et Hartmann en ont rapporté des exemples. La petitesse de la perforation explique tous les cas de *guérison spontanée*: quand la perte de substance est étendue, pas de défense possible: la grande cavité séreuse est envahie et la mort inévitable; quand elle est très petite, une faible quantité de liquide septique arrive jusqu'au péritoine, et des adhérences protectrices ont le temps de s'organiser. Chantemesse, qui a