

chances sont contre nous. Le malade souffre d'une maladie très sévère, les lésions peuvent être étendues, les forces vitales et la résistance sont presque épuisées.

Le docteur Wilson qui, il y 25 ans, fut un des premiers à conseiller l'opération dans ces cas, écrivait :

"Mais pourquoi laisser mourir un malade sans faire notre possible pour lui sauver la vie! N'opère-t-on pas des cas de perforation appendiculaire où la péritonite n'est pas moins grave? Des cas de plaies abdominales par armes-à-feu quand le malade est déjà moribond? Pourquoi, je le répète, choisir les cas de perforation typhique, et ces cas seulement, pour refuser notre aide?"

Mortalité post-opératoire.—En 1895 Westcott sur 83 cas rapportés dans la littérature médicale, trouve 15 guérisons, soit un pourcentage de 19 p.c. Mais avec le progrès on a appris à diagnostiquer plus tôt et é mieux opérer et 13 ans plus tard, en 1908, Patterson rapporte sur 369 cas, 127 guérisons, soit un pourcentage de 34.41 p.c. de guérisons.

Si sur ce nombre on choisit les cas opérés dans les premières 12 heures après la perforation la mortalité ne devrait pas dépasser 50 p.c., c'est-à-dire que l'on peut sauver la vie de la moitié de ces cas au lieu d'en laisser mourir au moins 19 sur 20.

Temps d'opérer. Aussitôt que le diagnostic est fait. La mortalité augmente en raison du retard de l'intervention chirurgicale.

Opération.

Le traitement chirurgical consiste à faire une laparotomie, médiane ou latérale, à trouver et fermer la fistule ou les fistules, chercher attentivement les autres perforations, laver avec délicatesse mais soigneusement la cavité abdominale avec du sérum chaud, placer un drain, et fermer l'incision.

Parfois l'entérostomie ou même la resection sont indiquées.

Pour terminer, Messieurs, la perforation est toujours à craindre dans la fièvre typhoïde: quand il y a des indications qu'un malade fait cette complication il faut le faire opérer sans hésitation, sans délai et sans désespoir car les chances de succès sont bonnes.

Le rapport que j'ai l'honneur de vous présenter est d'un cas un peu atypique de perforation intestinale.

Le malade D. D. est entré à l'Hôtel-Dieu le 1er octobre 1909. Le diagnostic de fièvre typhoïde fut confirmé par un sero-diagnostic positif.

La maladie fut sévère mais la période de déclin fut régulière et le 29 octobre la température toucha à la normale. Les 3 jours suivants elle n'a pas dépassé 99 1-50.

Le 3 novembre à 4 heures de l'après-midi le malade fut pris d'une douleur abdominale intense. A 6 heures la température était à 100, le pouls à 80. A minuit, la température était montée à 101. Le lendemain à 6 heures, la température était à 100, le pouls à 124. A 11 1/2 du matin, quand je l'ai vu la température était à 97 1-50, le pouls à 140 très faible et compressible.

Il était évident d'après les symptômes qu'il s'agissait d'une péritonite généralisée dépendant d'une perforation et

une opération immédiate fut pratiquée après anesthésie; à cause de son état de collapse, on fit une injection intraveineuse d'un litre de sérum. Comme le pouls ne se relevait pas on continua à en injecter pendant la durée de l'opération.

A l'ouverture de l'abdomen on constata la présence d'une grande quantité de liquide et de matières fécales, une péritonite généralisée et très intense.

La perforation était dans l'iléon à une distance de 9 centimètres du cœcum. Elle était unique, d'un diamètre d'un centimètre, à bords durs et tranchés. De cette fistule sortaient continuellement les matières fécales.

J'ai fait d'abord une suture en bourse puis une couche de points de Lembert. Ayant constaté qu'il n'y avait pas d'autres perforations j'ai lavé soigneusement la cavité péritonéale avec du sérum chaud et avant placé un gros tube de drainage j'ai fermé le ventre.

L'opération a duré en tout 25 minutes.

Pendant les jours suivants on a fait constamment des injections de sérum, caféine et huile camphrée mais le pouls ne s'est jamais relevé et le 11ème jour après l'opération il est mort d'épuisement.

A l'autopsie j'ai trouvé que la péritonite était presque disparue. Il y avait seulement des endroits ici et là qui montraient des signes d'inflammation.

Le siège de la perforation était difficile à trouver. Un exsudat plastique couvrait complètement les points de suture. L'intestin comme le montre la pièce que je vous présente était parfaitement clos.

Si notre malade n'avait pas été si épuisé je pense qu'il aurait survécu.

HUTINEL.—*Les portes d'entrée de la tuberculose chez les nourrissons.*

Les voies de pénétration du bacille de Koch dans l'organisme restent encore très discutées. La tuberculisation congénitale est exceptionnelle, et de même la tuberculisation par voie cutanée ou génitale. Les théories de l'infection pharyngienne tiennent la première place. L'étude de la tuberculose chez les nourrissons permet d'élucider le problème.

La tuberculose par inhalation, démontrée anatomiquement par Parrot, Hervouet, Hutinel, Kuss, etc., a été récemment confirmée par les constatations de Hamburger, Martha, Wollstein, Albrecht, Escherich. Les faits nouveaux rapportés par Hutinel sont très démonstratifs. Il semble donc acquis que, chez le nourrisson, la tuberculose d'origine intestinale n'est pas très commune, à peine un dixième des cas, que la tuberculose d'origine buccale et amygdalienne est plus exceptionnelle encore, que la tuberculose pulmonaire aéro-gène est de beaucoup la plus fréquente.

P. NOBECOURT.