

statiques pris à l'intérieur : ergotine, perchlorure de fer, n'ont qu'une action problématique, il vaut mieux s'en abstenir; on ordonnera seulement de faibles doses d'*opium* (une pilule d'un centigramme, d'heure en heure, pour immobiliser l'intestin). Quelques médecins administrent le *sous-nitrate de bismuth*, à hautes doses répétées, dans l'espoir de provoquer à la surface de l'ulcération une couche isolante favorisant la formation du caillot.

Le Gendre formule ainsi :

Benzonaphtol. . . . .	5 grammes.
Salicylate de bismuth. . . . .	10 —
Extrait thébaïque. . . . .	10 centigrammes.
Sirup de ratanhia. . . . .	50 grammes.
Julep gommeux. . . . .	150 —

M. Mathieu (*Soc. de Thérapeutique*, 15 mars 1901) recommande comme un traitement efficace l'emploi du *chlorure de calcium* (2 grammes) à l'intérieur, en solution aqueuse, combiné avec celui des *grands lavements très chauds* (48 degrés), administrés avec le bock, sous faible pression (20 à 40 centimètres). On peut ajouter 4 à 5 grammes de chlorure de calcium à chaque lavement. Ces lavements ont l'avantage de débarrasser l'intestin du sang extravasé qui se putréfierait dans l'intestin, s'il y séjournait.

Si l'hémorragie est très abondante, le meilleur moyen de relever la tension artérielle et de combattre l'anémie aiguë est l'injection hypodermique du *sérum physiologique*. En cas d'urgence, chez les malades plongés dans le collapsus, l'injection intra-veineuse devra être préférée, comme agissant plus rapidement. Grâce à ce dernier moyen Kirstein a pu tirer du collapsus plusieurs malades considérés comme étant dans un état désespéré.

L'existence d'une *perforation intestinale*, annoncée par la chute brusque de la température, par la douleur, la contracture douloureuse de la paroi, les vomissements, la petitesse et la fréquence du pouls, commande le *repos absolu*; les bains froids seront immédiatement suspendus. La *glace intus et extra*, l'*opium* à larges doses fractionnées (10 à 20 centigrammes en vingt-quatre heures), les *injections d'éther*, de *caféine*, de *sérum artificiel* si le collapsus est imminent, tels sont les moyens médicaux bien précaires dont on dispose contre cette redoutable complication, qui ne guérit que dans les cas trop rares où la péritonite se limite. (L'appendice est le siège de la perforation dans 14 pour 100 des cas, d'après Rolleston.)

En présence de l'impuissance dûment constatée du médecin, on peut poser la question de l'intervention chirurgicale immédiate proposée par Leyden en 1884 et pratiquée pour la première fois avec succès par Mickulicz (même année). Il est certain que l'état général du malade le place dans les conditions absolument défavorables et ne lui permet guère de supporter la *laparotomie*; néanmoins, l'opération pratiquée immédiatement après le début de la perforation, sur un malade relativement peu intoxiqué, peut avoir quelques chances de succès. La statistique de Monod et Vanverts (51 cas) donne 88 pour 100 de mortalité pour les cas opérés, tandis que la mortalité est de 95 pour 100 pour les cas non opérés.

M. Lejars a rassemblé 16 cas de guérisons obtenues par la laparotomie (*Société de Chirurgie*, 26 décembre 1900). Enfin M. Mauger (1900) a réuni

107 cas, dont 25 guérisons, soit 23 pour 100 de guérison, ce qui constitue une proportion remarquable. M. Elsberg (*Ann. of Surgery*, juillet 1903) signale 151 nouvelles observations; M. Cazin (*Semaine Médicale*, 6 janvier 1904) a collationné 358 cas opérés avec 251 morts, soit 29,88 pour 100 de guérisons. M. Lejars estime que, malgré les mauvaises chances, la laparotomie d'emblée reste l'unique traitement des perforations typhiques. Deux éléments règlent surtout le pronostic de ces interventions : l'âge de la fièvre typhoïde et la date de la perforation. Le plus grand nombre des succès se rapporte à des perforations survenues après la troisième semaine ou dans le cours d'une rechute. Quant au nombre d'heures écoulées depuis le début, il constitue pour le succès de l'intervention un élément capital. Malheureusement la difficulté du diagnostic dans certains cas est cause que trop souvent le chirurgien est mandé trop tard. Quoi qu'il en soit la majorité des guérisons a été observée dans les cas opérés dans les douze premières heures; d'autre part des guérisons ont été obtenues après intervention pratiquée plus de 48 heures après le début (cas de Cardi, Depage, etc.). La grosse pierre d'achoppement pour le chirurgien ce sont les perforations multiples dont une ou plusieurs peuvent passer inaperçues, et aussi les perforations successives.

MM. Brun et Routier ont relaté des faits où l'opéré, qui avait bien supporté l'intervention première, succombait au bout de quelques jours à la rupture d'une autre ou de plusieurs autres plaques de Peyer.

La réalité des péritonites par propagation est aujourd'hui mise en discussion : M. Dieulafoy pense que c'est à des perforations appendiculaires méconnues qu'on doit rattacher la plupart des cas de prétendues péritonites par simple propagation. Ces appendicites perforantes, paratyphoïdes, se prêtent mieux à l'intervention chirurgicale que les perforations de l'intestin.

**Appareil respiratoire.** — Les complications nasales, parmi lesquelles l'épistaxis, sont devenues plus rares depuis que l'on fait la toilette des fosses nasales. L'épistaxis du début est insignifiante dans l'immense majorité des cas et l'on n'a pas à s'en occuper; seules, les épistaxis survenant dans la période d'état peuvent devenir inquiétantes.

Le meilleur moyen d'arrêter l'épistaxis est de faire une *irrigation d'eau très chaude* (Alvin), et, si cela ne suffit pas, de pratiquer le *tamponnement avec de la gaze iodoformée* ou du *coton hydrophile imbibé d'une solution concentrée d'antipyrine* ou d'*eau oxygénée*.

Le *laryngo-typhus* peut être prévenu par les mêmes mesures antiseptiques dont il a déjà été question. S'il se déclare, on emploiera les *applications de glace au-devant du larynx*, les *pulvérisations*. La *trachéotomie* devient nécessaire quand la suffocation est imminente. Il importe de savoir que la laryngo-sténose peut survenir par la suite, aussi ne doit-on pas enlever trop tôt la canule.

La bronchite fait partie du cortège symptomatique de toutes les fièvres typhoïdes de moyenne intensité. Elle ne nécessite aucun traitement, parce qu'elle disparaît avec la maladie et que d'ailleurs les moyens médicamenteux n'ont aucune action appréciable sur elle. Il va sans dire que la bronchite ne constitue en aucune façon une contre-indication à la balnéation; si les râles ne dispa-