

pus irritant l'intestin amène des phénomènes d'entérite grave et de lientérie, soit que le contenu intestinal pénétrant dans la cavité purulente amène une infection putride plus grave que l'infection première.

On peut voir encore ce mode de perforation dans des péritonites enkystées, telles que pelvi-péritonite avec poches suppurées, péritonite tuberculeuse caséuse.

Les symptômes de ces perforations sont souvent très vagues. Le pus mêlé aux matières passe souvent inaperçu; on remarquera que la poche abdominale a brusquement diminué de volume, et on aura soin alors d'examiner attentivement les matières.

Au cas d'anévrisme, il y a souvent au début seulement quelques selles sanglantes, puis surviennent les signes d'une hémorragie interne rapidement mortelle.

Perforations de dedans en dehors. — Les perforations de dedans en dehors se produisent au cours des diverses espèces d'ulcérations dont l'étude a été faite. C'est donc dire qu'elles surviennent généralement chez un sujet déjà malade; cependant l'affection antérieure peut avoir été latente jusqu'au moment où apparaissent comme un coup de foudre les accidents de la perforation; c'est par exemple ce qu'on peut voir dans l'appendicite ou dans l'ulcère duodénal.

Étiologie. — Parmi les affections aiguës qui s'accompagnent de perforation il faut citer tout d'abord la *fièvre typhoïde*. La perforation, rare chez l'enfant chez qui les ulcérations sont moins profondes, est observée chez l'adulte dans une proportion de 2 pour 100 selon certains auteurs (Grisolle), de 5 pour 100 selon Griesinger. Elles sont plus fréquentes dans les fièvres typhoïdes graves, mais on peut les observer dans des formes légères, ambulatoires. Elles sont dues souvent à une reprise prématurée d'une alimentation solide à une époque où les ulcérations des plaques de Peyer ne sont pas encore cicatrisées. Elles se produisent d'ordinaire de la 5^e à la 5^e semaine; elles sont plus rares avant cette époque; quelquefois on les a vues pendant des rechutes ou à la période de convalescence.

La perforation est un accident plus rare de la *dysenterie* et de la *tuberculose intestinale*. Elle est rare aussi dans le *cancer de l'intestin*; cependant elle peut se produire au niveau de la partie dilatée, amincie, et souvent ulcérée de l'intestin qui précède la sténose néoplasique.

Les *étranglements de l'intestin* par des coudures, des brides, par invagination, peuvent produire une eschare dont la chute sera suivie de perforation. C'est ainsi qu'on peut la voir dans diverses formes de l'occlusion intestinale ou dans des hernies étranglées.

Une cause des plus importantes est l'*appendicite* où la perforation est due à l'occlusion de l'appendice par un calcul stercoral suivie d'une pullulation de germes multiples (voyez Appendicite), agents de gangrène. Certaines formes d'appendicite foudroyante semblent d'emblée perforantes.

Enfin, on doit signaler aussi la perforation due à l'*ulcère du duodénum* qui, comme nous le verrons, présente quelques particularités cliniques.

Comme causes occasionnelles de la perforation nous signalerons les efforts, les mouvements brusques, l'alimentation par des substances grossières, mal triturées, l'administration d'un lavement ou d'un drastique, l'exploration abdominale.

Récemment, on a décrit (Gandy et Bufnoir, Luys, Letulle) des perforations diastatiques spontanées du côlon par la distension excessive de l'intestin au cours de l'occlusion. La simple constipation des vieillards pourrait produire des faits analogues.

Anatomie pathologique. — Le siège varie selon la cause.

Dans la fièvre typhoïde la perforation siège toujours à la terminaison de l'iléon, rarement à l'appendice ou au côlon. Elle est généralement unique, plus rarement multiple. Il faut la chercher au sommet d'une ulcération; et elle a le volume d'une tête d'épingle. On devra, lorsqu'on a lieu de soupçonner une perforation, enlever l'intestin avec le plus grand soin en évitant de le tirer pour ne pas faire de lésions artificielles faciles à produire sur un organe déjà altéré. On devra, en outre, faire passer un courant d'eau sans trop de pression au travers de l'intestin et on l'ouvrira le long du bord mésentérique.

Les perforations dysentériques sont le plus souvent à la fin du côlon, dans l'S iliaque. C'est aussi le siège des perforations cancéreuses; alors que celles de la tuberculose ont d'ordinaire un siège analogue à celles de la dothiéntérie.

Dans une autopsie de péritonite par perforation on ne devra enfin jamais négliger l'examen de l'appendice non plus que du duodénum.

La perforation peut s'ouvrir librement dans la grande cavité du péritoine (fièvre typhoïde, appendicite), ou elle peut s'ouvrir dans des kystes formés par des adhérences péritonéales (dysenterie, tubercule, cancer). Il y a donc, selon les cas, péritonite putride de la grande cavité, avec des matières intestinales, et des gaz, où on trouve le coli-bacille et des anaérobies, ou bien il y a péritonite enkystée, abcès stercoral. Enfin, il peut y avoir fistule intestinale d'anse à anse ou ouverture dans la vessie, l'utérus, le vagin, les trompes, ou la paroi, formant un anus contre nature. Dans l'appendicite on trouve souvent un phlegmon gangreneux iliaque.

Il est enfin une variété de phlegmon péritonéal qu'on peut trouver dans ces cas. Ce sont les *phlegmons gazeux sous-diaphragmatiques*, le pyopneumothorax sous-phrénique de Leyden, qui est cependant plus souvent consécutif à une perforation stomacale, mais qu'on a vu dans un cas de péritonite tuberculeuse (Thouvenin).

Symptômes. — Les symptômes varient, on le comprend, selon qu'on est en présence d'un individu déjà malade ou en état de santé apparemment bon, et selon que la péritonite consécutive est généralisée ou enkystée.

Dans la fièvre typhoïde, si elle survient chez un malade adynamique elle peut échapper au clinicien. Seul l'abaissement rapide de température suivi d'un collapsus profond peut éveiller des doutes à ce sujet. Mais cet accident est au contraire dans les formes bénignes, ambulatoires, ou à la convalescence de la dothiéntérie marqué par des signes nets. Une douleur vive survient au début localisée à la fosse iliaque droite, puis généralisée, avec frisson, nausées, vomissements verts. Le météorisme est le plus souvent très marqué; d'autres fois le ventre est aplati. Le facies devient péritonéal. Il y a de l'hyperthermie ou de l'algidité avec cyanose. La mort arrive au bout de quelques heures; rarement la durée des accidents est de plus de deux jours.

La perforation appendiculaire est généralement marquée par la douleur au

point de Mac-Burney, la défense musculaire abdominale et le météorisme qui en sont les meilleurs signes.

La perforation de l'ulcère duodénal bien étudiée par le professeur Dieulafoy (*cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897), est remarquable par la latence des accidents précurseurs. L'ulcère, rarement latent au niveau de l'estomac, l'est d'ordinaire au duodénum. La perforation s'annonce plus brusquement que celle de l'appendicite, *par un coup de poignard péritonéal*, par une douleur déchirante. La douleur siège à l'étage supérieur de l'abdomen près du creux épigastrique.

La perforation avec péritonite enkystée est plus vague. On peut sentir un phlegmon stercoral assez superficiel qui pointe vers la paroi, et dont l'ouverture donne issue à un pus fétide et à des gaz. Des accidents lientériques traduiront la communication de deux anses éloignées d'intestin.

Diagnostic. — Le diagnostic de la perforation est souvent difficile même quand on est en présence d'une maladie comme la fièvre typhoïde où on est en droit de la soupçonner.

Le diagnostic doit être fait avec la *rupture de la rate*, qui s'en distingue par les signes d'hémorragie interne, syncope, pâleur, sueurs froides.

L'*iléus* s'accompagne d'une constipation plus grande, la sensibilité du ventre est moins diffuse, la petitesse du pouls, le faciès abdominal, la cyanose, l'algidité sont tardifs alors qu'ils sont précoces dans la perforation. Jeanne a récemment (*Normandie médicale*, 1^{er} février 1899) insisté sur deux signes de diagnostic différentiel de l'occlusion et de la perforation. Il conseille d'explorer la sensibilité péritonéale chez l'homme dans le cul-de-sac vésico-rectal, chez la femme dans le cul-de-sac de Douglas. Le toucher est douloureux seulement dans le cas de péritonite. Le second signe est le suivant : dans l'occlusion les anses ayant conservé leur contractilité et luttant contre l'obstacle, on peut les voir sous la peau, tandis que les anses étant paralysées dans la péritonite, le ventre paraît uniformément ballonné.

On devra enfin différencier les accidents dus à une perforation intestinale de ceux qu'entraînent la perforation de l'estomac, la rupture d'une vésicule biliaire, d'une trompe suppurée, la péritonite à pneumocoques, etc.

Pronostic. — Le pronostic est de la plus haute gravité. Cependant il n'est pas fatal et récemment on a publié, surtout à l'étranger, de nombreux cas de perforations typhiques opérés. Il y en a eu avec guérison, mais alors il s'agit généralement de péritonite circonscrite ou de perforation de la convalescence. Il faut, en effet, à la gravité propre à cet accident, ajouter le shock opératoire chez un malade déjà adynamique. Fitz et Beach (*Boston med. and surg. Journ.*, 20 oct. 1898) sur 29 cas ont vu 5 guérisons post-opératoires. En 1896, Armstrong sur 25 cas de laparotomie a compté 4 guérisons. Finney, en 1897, sur 52 cas a 17 guérisons.

Pour Platt (*British med. Journ.*, 11 fév. 1899) il y aurait guérison dans 20 pour 100 des cas, et les chances seraient meilleures si l'opération était faite de 12 à 24 heures après l'accident. Dans les cas d'opération en pleine évolution typhique il peut y avoir guérison opératoire, mais la mort peut être la suite de l'évolution d'une fièvre typhoïde grave (Woodward, *in Boston med. Journ.*, 1^{er} déc. 1898).

Traitement. — Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical.

On devra éviter le traitement médical par l'opium, les compresses chaudes qui ne font que masquer la gravité du cas.

On fera la laparotomie; dans la fièvre typhoïde on incisera à droite; si on ignore le siège de la perforation on fera une incision médiane et on ira à la recherche de la perforation, souvent, il faut le dire, difficile à trouver. On suturera par des sutures de Lembert après s'être assuré que l'intestin ne s'est pas perforé ailleurs. On alimentera pendant quelques jours par le rectum. On soutiendra les forces.

Si l'état du malade contre-indiquait l'intervention on emploierait l'opium à dose élevée. On aurait vu des cas de guérison par l'extrait d'opium à très hautes doses (40 à 50 centigr. par 24 heures).

CHAPITRE V

HÉMORROÏDES

On a coutume de désigner sous le nom général d'*hémorroïdes* des tumeurs vasculaires du rectum, engendrant souvent un flux sanguin abondant, une rectorragie sérieuse. Pendant longtemps, on crut qu'une modification purement fonctionnelle du système vasculaire suffisait à en expliquer la production, puis, on pensa par la suite que cette théorie pathogénique était erronée, et l'on chercha une condition anatomique directe capable d'en donner la raison. Ces deux grandes théories ont suscité bien des controverses, amené bien des débats; elles ont divisé les pathologistes en deux camps opposés. Ce sont surtout les chirurgiens qui soutiennent la seconde et cherchent à restreindre tout le processus morbide à l'état anatomique des veines du rectum; les médecins sont nombreux qui soutiennent la thèse opposée, et ne voient dans les hémorroïdes qu'un symptôme, qu'un incident pour ainsi dire, faisant partie d'une maladie générale ou plutôt d'un ensemble constitutionnel. Peut-être ces idées opposées sont-elles vraies toutes les deux et pourrait-on résumer la *question* en disant qu'il y a des *hémorroïdes* et des *hémorroïdaires*.

Parmi les travaux sur les hémorroïdes il faut signaler ceux de Stahl, Stoll, Récamier, J.-L. Petit, Boyer, Dupuytren; au point de vue opératoire ceux de Amussat, Chassaignac, Fergusson, Curling, Gosselin qui distingue les hémorroïdes internes et externes. Signalons encore les travaux de Duret, Allingham, D. Mollière, Lannelongue et Vincent, Ozenne et l'intéressante leçon de Dupré sur la maladie hémorroïdaire.

Anatomie pathologique. — Suivant qu'on a affaire à des dilatations veineuses au-dessous ou au-dessus du sphincter, on est en présence d'*hémorroïdes externes* ou *internes*.

Les hémorroïdes externes sont faciles à voir en écartant les fesses du malade et lui faisant pencher le corps en avant. A une période peu avancée on voit que les veines qui les constituent ont des parois amincies et renferment un sang fluide. Plus tard, par suite des poussées inflammatoires à répétition, les parois deviennent fibreuses, ou restent friables. Il peut y avoir communication de