

n'avoir affaire qu'à une tumeur sarcomateuse. Ajoutons que trois cas de myxome rapportés par O. Weber et deux cas de myxosarcome cités par Virchow remontaient à la première enfance.

TROISIÈME PARTIE

CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Une première catégorie de corps étrangers du tube digestif comprend ceux qui sont *venus de l'extérieur*, soit par *déglutition* et en suivant les voies naturelles, soit par *traumatisme*; nous avons déjà parlé de ces derniers.

On réunit dans un autre groupe ceux qui se forment dans l'*intérieur du tube intestinal*.

Cette division étiologique est sans doute importante, mais elle nous paraît devoir céder le pas à la classification suivante, basée sur la division anatomique de l'appareil de la digestion, et cadrant beaucoup mieux avec les phénomènes cliniques et les indications thérapeutiques :

1° *Corps étrangers de l'estomac* ;

2° *Corps étrangers de l'intestin*.

Les corps étrangers du rectum devront être étudiés plus loin dans un chapitre spécial, comme ceux de l'œsophage l'ont été au commencement de ce volume.

I

CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Étiologie. — Tous les corps étrangers de l'estomac viennent de l'extérieur, et la plupart des corps étrangers de l'intestin ont passé par l'estomac. Les données étiologiques suivantes s'appliquent donc à la fois à ces deux portions du tube digestif.

Il y a deux ordres de corps étrangers :

1° *Corps étrangers d'origine alimentaire.* — Ce sont des débris

d'os, des arêtes de poisson, des débris de verre ou autres enfermés par mégarde dans les aliments; ce sont encore des noyaux de fruits, des pépins en nombre plus ou moins considérable.

Enfin, avec les liquides on a vu avaler précipitamment des poissons, des sangsues; mais il est rare que celles-ci arrivent dans l'intérieur de l'estomac.

D'ailleurs tous ces corps ne méritent guère le nom de corps étrangers de l'estomac; ils ne font ordinairement que traverser l'organe pour arriver dans l'intestin.

2° *Corps étrangers d'origine non alimentaire* — Cette variété s'observe chez les enfants en bas âge qui portent instinctivement à la bouche tout ce qui leur tombe sous la main. Mais c'est surtout chez les aliénés qu'on les observe. — Les maniaques avalent les corps étrangers les plus bizarres; on a trouvé dans l'estomac des jeux de dominos presque entiers. Un aliéné anglais cité par Poulet avait dans sa cavité stomacale 1841 corps étrangers, dont 1000 clous de souliers.

Les bateleurs, avaleurs de couteaux, de sabres, de cailloux, de verre, constituent encore une autre catégorie importante. — C'est ainsi qu'ont été introduites les fourchettes et cuillers dont l'extraction a fait tant de bruit dans ces dernières années. Les voleurs, les prisonniers, font disparaître assez souvent dans leur estomac des corps étrangers volumineux, nécessaires en acier, etc. Enfin c'est encore la cachette employée par bien des porteurs de dépêches au moment d'être surpris.

D'autres fois, c'est par imprudence, par surprise, que des corps étrangers placés entre les lèvres ou dans la bouche sont introduits jusque dans l'estomac. — Des animaux même se seraient ainsi glissés jusque dans l'estomac des gens endormis la bouche ouverte, couleuvres, etc. : ces histoires demanderaient à être vérifiées.

En dernier lieu se placent des corps étrangers d'origine chirurgicale, râteliers, pièces dentaires ou palatines, débris de sonde œsophagienne, fragments d'éponge dans une cautérisation de l'arrière-gorge.

Nous n'avons pas la prétention d'énumérer tous les objets, toutes les pièces de monnaie que l'imprudence ou la perversion des idées peuvent amener dans l'intérieur de l'estomac.

Les corps étrangers arrêtés dans la cavité stomacale ont déjà dû franchir le canal œsophagien; ils sont insolubles dans le suc gastrique et trop volumineux ou trop irréguliers pour franchir le pyllore.

Deux *dispositions anatomiques* de l'estomac favorisent cet arrêt : la présence du sphincter pylorique, qui ne permet pas sans rupture partielle le passage d'une pièce de 5 francs ; 2° l'existence du cul-de-sac de la grande courbure, dont le niveau est bien inférieur à celui du pylore.

Les dimensions de l'estomac sont suffisantes pour contenir des corps très longs comme une fourchette, ou encore cette grande cuiller mesurant 25 à 50 centimètres de long qui fut extraite par Felizet dans le service de Duplay en 1882. Ces corps allongés s'orientent ordinairement du pylore vers la grosse tubérosité dans le sens de la plus grande dimension de l'estomac. Les corps lourds et courts séjournent presque toujours dans la grande courbure.

Symptômes. — Si le corps étranger ne fait que traverser l'estomac sans s'y arrêter, les symptômes sont insignifiants.

Il n'en est pas de même, en général, si le corps étranger reste dans la cavité stomacale.

A l'*anxiété* qui accompagne la déglutition d'un corps trop volumineux, succède une *pesanteur* épigastrique, une *douleur* marquée, tantôt sourde, tantôt très vive, généralement épigastrique, parfois intercostale.

Cette douleur s'accompagne de gêne fonctionnelle dans la déglutition, la digestion, la respiration, le sommeil. — Le malade se replie en avant dans une attitude presque spéciale, la main appuyée sur le creux de l'estomac. — Les vomissements sont fréquents, alimentaires, muqueux au début, parfois teintés en noir par le fait d'altération de l'estomac. Constipation et diarrhée variables ; mais ce ensemble symptomatique est loin d'être constant.

Marche. — Si le corps étranger n'est ni trop volumineux ni trop irrégulier, il peut être *rejeté par les vomissements* ; le plus souvent, dans ces conditions, il franchit le pylore et *passé dans l'intestin*. Sur 20 cas de fourchettes introduites dans l'estomac, Poulet a relevé 9 fois le passage à travers le pylore. Mais lorsque le corps étranger est un peu volumineux il est obligé de séjourner dans l'estomac. Dans ce viscère il est quelquefois assez bien toléré. On a retrouvé à l'autopsie des corps étrangers avalés surtout par des aliénés après 4, 5, 6 ans et même davantage. Kaskinoti a retiré après 14 ans de séjour une brosse à dents.

La plupart du temps le corps étranger qui ne peut pas être éliminé

par l'intestin tend cependant à venir au dehors en perforant la paroi de l'abdomen.

Les corps minces et pointus accomplissent facilement cette perforation et viennent faire saillie sous la peau sans provoquer d'accidents notables. L'évolution des aiguilles présente beaucoup de faits de ce genre.

Enfin avec des corps de toutes dimensions surviennent souvent des *accidents phlegmoneux* : le corps étranger a perforé l'estomac préalablement uni par des adhérences à la paroi abdominale ; il vient se présenter dans cette paroi, où sa présence détermine la formation d'un phlegmon. — Celui-ci incisé, le corps étranger est éliminé spontanément ou extrait par le chirurgien ; enfin il reste une *fistule gastrique*. — La fistule persiste un certain temps et finit souvent par guérir ; quelquefois le chirurgien est obligé d'intervenir pour hâter sa guérison.

Dans un cas unique jusqu'ici de Le Dentu, une cuiller de bois perfora l'estomac sans laisser de traces de son passage et vint se loger dans le péritoine.

Diagnostic. — La présence des corps étrangers dans l'estomac n'est pas toujours facile à diagnostiquer. Cependant, les commémoratifs, la palpation attentive de la région stomacale, l'examen des vomissements renfermant des parcelles altérées par le suc gastrique, quelquefois même le corps du délit en entier, l'évolution de l'affection, constituent un ensemble précieux.

Quelques explorations complémentaires fourniront dans certains cas une certitude absolue. — S'il s'agit d'un corps métallique, surtout d'un corps en fer ou en acier, on peut faire une exploration galvanique à travers la paroi abdominale à l'aide de l'appareil Trouvé, par exemple. Dans d'autres cas, le cathétérisme œsophagien avec une sonde rigide permettra de sentir nettement dans l'estomac le corps étranger soupçonné ; mais il ne faut pas compter outre mesure sur ces moyens d'un emploi délicat ou difficile.

Pronostic. — Le pronostic des corps étrangers de l'estomac envisagés dans leur ensemble est plutôt favorable ; cependant la mort peut en être la conséquence : tantôt elle résulte du marasme que produisent à la longue les accidents gastriques et la gêne d'un certain nombre de fonctions importantes ; d'autres fois elle survient brusquement avec le cortège suraigu de la *péritonite* par perforation.

Traitement. — Les dimensions du corps étranger, sa nature, la gravité des accidents qu'il détermine, sont seuls guides du traitement.

Les corps étrangers peu volumineux peuvent être rejetés par le vomissement provoqué; s'ils ne sont pas capables d'agir comme toxiques, il est préférable de ne pas intervenir.

Leurs dimensions se trouvant parfaitement compatibles avec leur passage dans l'intestin, on attendra, pour agir, que des accidents se produisent.

Cette sage expectative permet souvent au corps étranger d'être éliminé par l'intestin au bout de quelques jours. L'ingestion d'une grande quantité de pain, de matières féculentes, passe pour faciliter la circulation des corps étrangers. — Il peut être indiqué d'évacuer de temps à autre le réservoir stomacal, pour éviter des phénomènes d'empoisonnement s'il s'agit d'un métal dangereux attaqué par les acides puissants du suc gastrique.

Enfin, si le corps étranger est trop long, trop volumineux ou trop irrégulier pour pouvoir franchir le pylore ou le cardia, s'il fait à la région épigastrique une saillie assez considérable pour être certainement reconnu, si enfin, primitivement ou au bout d'un temps plus éloigné, il détermine des accidents graves, inflammatoires ou autres, il faut intervenir.

Cette intervention chirurgicale peut être fort simple, ne consister que dans l'ouverture d'un phlegmon des parois déterminé par l'évolution spontanée du corps étranger.

Dans d'autres cas où la gravité des accidents ne permet pas d'attendre, il faut recourir à la *taille stomacale* ou gastrotomie.

Cette opération a été pratiquée pour des corps étrangers il y a longtemps déjà: Crollius, 1602; Hévin, 1656. Elle a été faite avec un succès opératoire complet, de nos jours, par Cayroche de Mende, Bell, Labbé et Félizet et d'autres. — Les règles chirurgicales qui doivent y présider ont été très bien indiquées par L. Labbé en 1875 et par Verneuil. On peut les résumer ainsi:

Précautions antiseptiques. Incision de 4 centimètres, parallèle aux fausses côtes gauches, et à 1 centimètre en dedans; incision venant aboutir à une ligne transversale unissant l'extrémité des cartilages costaux de la neuvième côte, reconnaissable d'ailleurs au ligament qui l'unit à l'extrémité de la dixième (Ch. Labbé).

Ouverture du péritoine, recherche de l'estomac, suture à la paroi, puis ouverture de l'estomac, enfin extraction.

Pour faciliter la recherche de l'estomac, Félizet a essayé de le dilater préalablement à l'aide de vapeurs d'éther.

Dans ces conditions, l'opération donne de bons résultats, immédiats au moins. Poulet rapporte une vingtaine de succès. — L'homme à la cuiller opéré par Félizet a fort bien guéri de son opération, mais on ne put venir à bout de fermer sa fistule gastrique, et au bout de deux ou trois mois environ il succomba rapidement à une perforation stomacale ou plutôt à une péritonite aiguë, due à ce que les adhérences gastro-cutanées avaient cédé à des excès alimentaires contre lesquels on avait vainement essayé de prévenir le malade.

Cette obligation de créer une fistule stomacale, gros inconvénient comme on le pense bien, semble pouvoir être évitée. Polailon et après lui Périer, Terrier, Heydenreich ont tout récemment obtenu de beaux succès par la suture immédiate de la plaie stomacale, et Credé a rassemblé, dans les *Archives de Langenbeck*, 1886, 6 cas analogues qui ont fourni 5 guérisons.

I

CORPS ÉTRANGERS DE L'INTESTIN

1° *Corps étrangers venus de l'extérieur.* — Les corps étrangers qui arrivent jusque dans la cavité intestinale sont assez petits, suivant deux dimensions, pour franchir le pylore, assez durs, assez réfractaires pour n'avoir pas été détruits par les acides du suc gastrique.

Ils sont *isolés* ou *multiples*. — Les premiers, s'enveloppant des résidus de la digestion, franchissent aisément le tube intestinal, même lorsqu'ils ont une certaine longueur; les seconds constituent souvent des amas énormes qui occasionnent des accidents. — Cruveilhier parle de 610 noyaux de cerises agglomérés; une autre fois on en aurait compté jusqu'à 1 500 (Poulet).

Les helminthes, par leurs dimensions, les ascarides, par leur nombre et leur agglomération, entrent dans cette catégorie. — Certaines poudres thérapeutiques, le bismuth, la magnésie, constituent aussi facilement des amas; quelques poudres alimentaires se comportent

de même : telle est la farine d'avoine employée dans l'alimentation en Islande et en Écosse ; ajoutons certaines fibres végétales, les poils dont l'amas constitue l'*égagropile*, variété de tumeur stercorale très rare chez l'homme. Caron en a cependant présenté un exemple (*Bull. de la Soc. d'anat.*, 1885). Les *égagropiles* s'enveloppent de sels calcaires et finissent par prendre l'apparence des entérolithes.

2° *Corps étrangers formés à l'intérieur*. — Cette variété importante comprend deux catégories principales :

a. Les tumeurs stercorales ;

b. Les concrétions proprement dites ou entérolithes.

Les *tumeurs stercorales*, les plus fréquentes, ne sont autre chose que des amas de matières fécales durcies qui se forment spontanément ou autour de corps étrangers venus de l'extérieur. — Elles reconnaissent pour cause une *constipation* prolongée. — L'étude en a été bien faite dans la thèse de Raciborski (1854), Maisonneuve (1855) et le mémoire de Rouyer (1862) (*Gaz. hebdomadaire*).

On les observe surtout chez les femmes, les vieillards, chez ceux qui font usage de narcotiques, chez les personnes atteintes de hernies, de rétrécissement de l'intestin.

Les *entérolithes* ou *concrétions intestinales* se développent autour des corps étrangers ; les calculs biliaires en sont une cause fréquente. — Ils présentent en général un *noyau* de nature variable et une partie corticale formée de couches pierreuses, phosphates et carbonates calcaires, phosphate ammoniaco-magnésien, et aussi de matières fécales condensées. — Ils sont en nombre variable. — Leur forme est très diverse ; on en voit d'ovoïdes, de cylindriques présentant des facettes de juxtaposition.

A côté de ces variétés principales, se place le *sable intestinal* décrit par Laboulbène en 1875, — sable jaunâtre, cristallin, formé de particules siliceuses, entourées de sels calcaires, d'origine assez mal connue.

Une dernière variété de corps étrangers renferme des amas de matières grasses mal saponifiées par la digestion.

Certaines conditions anatomiques et pathologiques influent beaucoup sur le développement et le siège des corps étrangers intestinaux.

La valvule iléo-cæcale, le cul-de-sac du cæcum, l'appendice iléo-cæcal, sont de véritables agents de rétention ; aussi les corps étrangers siègent-ils surtout dans le gros intestin ; suivant la remarque de

Rouyer, ils occupent particulièrement le cæcum et l'S iliaque, c'est-à-dire les deux fosses iliaques.

Les tumeurs abdominales, les adhérences péritonéales, les diverticules intestinaux, les hernies, favorisent encore leur production. Dans trois cas connus, os de pied de mouton (Acad. des sc., 1722), patte de mauvette (Petit), cerise (Denonvilliers), le corps étranger introduit dans une hernie amena l'étranglement, la gangrène et la perforation de l'intestin.

Symptômes. — Le plus souvent le corps étranger suit le cours des matières ; il n'y a pas d'accidents, ou ils sont légers — c'est le cas le plus fréquent. — D'autres fois le corps étranger évolue plus lentement ; il progresse par poussées suivies d'arrêts momentanés qui se traduisent par quelques symptômes souvent difficiles à reconnaître ; douleurs plus ou moins vives, coliques, troubles digestifs, constipation, ou encore de la diarrhée — enfin le corps étranger franchit le rectum ; on le retrouve dans les selles. Des complications ont pu survenir : péritonite adhésive, péri-entérite plastique.

Lorsque le corps étranger se trouve arrêté définitivement dans l'intestin, ou bien il y est *toléré*, des faits incontestables le démontrent, ou bien il survient des accidents graves : phénomènes de compression et d'occlusion d'une part, phénomènes d'inflammation et d'ulcération d'une autre. L'occlusion est surtout le fait des corps volumineux, en particulier de ceux qui présentent les caractères de la tumeur stercorale : volume, sensibilité, consistance pâteuse, siège spécial au niveau du gros intestin ; elle est aussi le résultat des lésions inflammatoires qui se produisent autour d'un corps étranger même peu volumineux. Nous nous bornons à les indiquer :

L'intestin offre les lésions de l'entérite ulcéreuse ou non. — Autour de lui se développent des épaissements : péri-entérite plastique, péritonite adhésive ; parfois les lésions sont plus accentuées : péri-entérite aiguë, pérityphlite, péritonite aiguë. — Enfin on observe des perforations intestinales précédées d'adhérences et suivies d'une tumeur phlegmoneuse ouverte le plus souvent vers l'ombilic ou dans la fosse iliaque droite. Si les adhérences n'ont pas eu le temps de se former : péritonite suraiguë et mort. — Les phlegmons de la paroi abdominale aboutissent à la formation de *fistules stercorales* simples ou stercoro-purulentes : fistules pyostercorales de Blin.

Le **diagnostic** des corps étrangers de l'intestin est ou très facile ou très difficile : les commémoratifs, l'examen du malade, l'état de l'abdomen, les résultats fournis par les selles, les purgatifs d'exploration, en sont les principaux éléments.

Le **pronostic** n'est pas très grave; la mortalité, d'après Mignon, ne serait que de 7 pour 100 environ. — La mort survient par marasme, obstruction intestinale ou péritonite par perforation.

Traitement. — Le traitement est médical et chirurgical. Contre les tumeurs stercorales, le traitement médical sera *prophylactique d'abord* : éviter la constipation; *curatif ensuite* : purgatifs répétés s'il y a lieu. Contre les corps étrangers venus du dehors, la thérapeutique médicale est impuissante. Le seul traitement curatif serait l'ablation du corps étranger par l'*entérotomie*. Cette opération trouve son indication principale dans l'obstruction intestinale. Tentée quelquefois, mais généralement faite trop tard, elle a cependant donné des succès à plusieurs opérateurs. White a retiré par cette voie une cuiller engagée dans l'intestin.

Les péri-entérites suppurées ou non, les péritonites même, réclament un traitement qui ne doit pas nous arrêter.

QUATRIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU TUBE DIGESTIF

CHAPITRE PREMIER

OCCLUSION INTESTINALE

Définition. — Ce terme, employé pour la première fois par Masson dans sa thèse, 1857, est aujourd'hui d'un usage presque universel pour désigner *un ensemble remarquable d'accidents résultant d'un obstacle mécanique quelconque au cours des matières intestinales*, sous cette réserve que l'obstacle n'est pas constitué par un orifice normal ou accidentel des parois abdominales.

Cette définition élimine la hernie étranglée, qui est bien un type

d'occlusion intestinale, mais dont les caractères et le traitement sont suffisamment nets pour justifier une description isolée.

Synonymie. — Les termes anciens ne sont plus employés que pour désigner des cas particuliers : iléus, volvulus, passion iliaque, colique de miserere, invagination, étranglement interne, obstruction.

Division étiologique. — Les causes de l'occlusion intestinale sont nombreuses et variées. On a souvent tenté de les classer méthodiquement. Maisonneuve semble s'être approché du but en décrivant : 1° des compressions; 2° des obturations; 3° des rétrécissements, que l'on peut rapporter, c'est une autre façon d'exprimer la même idée : 1° à des causes extrinsèques; 2° à des causes cavitaires; 3° à des causes pariétales.

L'impossibilité de faire entrer dans ce cadre, d'une façon naturelle, les invaginations, les torsions, les volvulus, nous a fait admettre une autre division. (Th. d'agrég. Paris, 1880.)

Nous diviserons donc les causes de l'occlusion en :

- 1° Vices de position;
- 2° Compressions;
- 3° Obturations;
- 4° Rétrécissements.

Anatomie et physiologie pathologiques. — 1^{re} Classe : *Vices de position.*

Ce groupe très important comprend : 1° l'invagination; 2° les torsions et les coudures de l'intestin. Théoriquement, toutes ces espèces sont justiciables d'un même traitement *curatif*. Il s'agit de modifier une position vicieuse, de désinvaginer, de dénouer un volvulus, de redresser une courbure.

1° *Invagination.* — Selon la statistique de Benj. Philips, elle constitue un peu plus du tiers des occlusions intestinales (57 pour 100).

Elle se rencontre le plus souvent chez l'enfant, et a pour siège ordinaire le gros intestin, ou à la fois le gros intestin et la dernière portion de l'intestin grêle : invagination iléo-cæcale. Voici les chiffres fournis par Leichtenstern.

On trouve par 100 invaginations :

Iléo-cæcales	44
Purement cœliques	18
Iléo-cœliques	8
De l'iléon seul	30