

présenter des facettes, ou bien les concrétions s'aplatissent et forment, après un certain temps, des disques superposés qui peuvent se souder.

**Mode de formation.** Pour qu'une concrétion intestinale se produise, il est nécessaire que des corps étrangers ou des portions d'aliments réfractaires à la digestion s'arrêtent dans un point du tube digestif. Des matières fécales endurcies peuvent former le noyau d'une concrétion. Dans certaines parties de l'Europe, notamment dans les Iles-Britanniques, où les habitants font usage de farine d'avoine, il arrive parfois que les poils accompagnant les grains se feutrent autour d'un corps central, un noyau de fruit par exemple, et s'encroûtent ultérieurement de sels calcaires. J. Cloquet a vu des *égagropiles* formés de cheveux enchevêtrés autour d'un noyau, chez des sujets qui avaient avalé de grandes quantités de ces poils. On trouve encore des entérolithes formés d'amas de magnésie chez les sujets qui ont pris des doses répétées de ce médicament.

Les entérolithes sont plus communs chez les herbivores que chez les omnivores et surtout les carnivores, parce que, les substances alimentaires végétales renfermant plus de sels que les substances animales, le noyau qui sert de base à l'entérolithe s'entoure plus facilement de substances salines chez les animaux herbivores que chez les autres.

**Symptômes.** Lorsque les concrétions intestinales ont acquis un volume considérable, les malades accusent une douleur fixe, profonde, accompagnée parfois d'une sensation de boule remontant dans l'œsophage, ou de poids sur les viscères de l'abdomen. D'autres troubles surviennent plus tard : des vomissements muqueux, bilieux ou sanguinolents; des garde-robes séreuses, sanguinolentes, mélangées de parcelles détachées du corps étranger. Chez certains sujets, il existe une constipation opiniâtre.

Abandonnés à eux-mêmes, les entérolithes sont quelquefois expulsés par le vomissement ou par les garde-robes. Dans d'autres cas, ils enflamment la portion d'intestin où ils sont confinés; l'inflammation se communiquant aux parties voisines, celles-ci contractent des adhérences avec l'intestin, et il s'opère un travail d'ulcération à la faveur duquel le corps étranger est éliminé soit par une ouverture artificielle faite à la paroi abdominale soulevée par un abcès, soit par un conduit naturel tel que le vagin, le rectum. Dans des circonstances malheureuses, l'intestin se perforé avant que des adhérences solides soient établies et il se déclare une péritonite mortelle. On a vu aussi des entérolithes volumineux oblitérer l'intestin et survenir des accidents d'étranglement interne.

**Traitement.** Il est préventif et curatif.

On a vu plus haut les conséquences de certaines alimentations; c'est indiquer le régime qui prévient le mieux la formation de concrétions intestinales.

Une fois le corps étranger développé, on en provoquera l'expulsion par des purgations répétées, des douches ascendantes d'eau dégourdie. Si l'entérolithe, après avoir cheminé hors de l'intestin, provoque la forma-

tion d'un abcès, on ouvre celui-ci. Dans le cas où il descend dans le rectum, on en fait l'extraction directe en le fragmentant au préalable si cela est nécessaire.

### ARTICLE III.

#### Corps étrangers du péritoine.

On trouve quelquefois dans la cavité du péritoine des corps étrangers qui paraissent avoir trois sources différentes : les uns pénètrent par l'un des points de la paroi abdominale qu'ils traversent, ainsi qu'il arrive dans les blessures de tous genres (voy. p. 560 et 563). D'autres ont leur point de départ dans l'un des viscères, dont ils franchissent les parois à la suite d'un travail d'ulcération : c'est ainsi que des calculs biliaires ou urinaires perforent dans certains cas la vésicule du fiel, les reins, la vessie; qu'on a constaté le passage de vers intestinaux à travers une ulcération de l'intestin. Les conséquences de cette pénétration dans le péritoine de corps étrangers provenant des organes abdominaux eux-mêmes sont semblables aux effets produits par le passage dans le péritoine de corps étrangers introduits par la bouche dans l'estomac (voy. p. 594). Le traitement est conforme dans les deux cas.

Il y a des corps étrangers qui se développent dans le péritoine, où ils flottent. Des faits de ce genre sont rapportés par Planque, Lebidois, Velpeau. Ces corps étrangers ressemblent à des cartilages ou sont formés d'une substance plus molle, facile à écraser. On les a assimilés aux corps étrangers des articulations (t. I, p. 578) et on en a expliqué le mode de formation comme pour ces derniers.

## CHAPITRE III.

### INFLAMMATIONS DE L'ABDOMEN.

La plupart de ces phlegmasies sont du ressort de la pathologie interne. Quelques-unes sont au contraire du domaine de la chirurgie : les phlegmons et les abcès des parois de l'abdomen, le psoitis, les phlegmons de la fosse iliaque. Dans le chapitre suivant, il sera question des abcès du foie.

#### ARTICLE I.

##### Phlegmons et abcès des parois de l'abdomen.

Le phlegmon se développe dans les différentes couches de la paroi abdominale, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'épaisseur des muscles larges de l'abdomen, ou bien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Nous ne nous occuperons ici que de cette dernière variété.

**Causes.** Le phlegmon sous-péritonéal se montre sur tous les points de la paroi abdominale, notamment l'épigastre, l'une des régions hypocondriaques, l'hypogastre. On l'a vu succéder à une contusion violente de la paroi abdominale (Bourienne), à une ulcération du gros intestin, à l'inflammation et la suppuration du rein (Fabrice de Hilden), à la perforation de l'intestin par un lombric (Willis), à l'usage de purgatifs drastiques (Dance), à des frictions irritantes pratiquées sur la paroi abdominale antérieure (Boinet), à l'inflammation d'un organe plus ou moins éloigné de celui où il apparaît, l'inflammation du ligament large par exemple (Nélaton). Dans quelques cas, il se développe sans cause appréciable.

**Symptômes.** En général, l'affection débute par un frisson violent prolongé. Bientôt le malade accuse, dans un des points de l'abdomen, une douleur vive qui se propage à toute l'étendue de la paroi abdominale et jusque dans la cavité de l'abdomen. Cette douleur est augmentée par la pression, les efforts de tous genres, quelquefois par le moindre mouvement du corps. Les malades prennent instinctivement une attitude qui a pour effet de relâcher les muscles de la paroi abdominale. Ils cessent de contracter le diaphragme afin d'immobiliser les côtes inférieures, ce qui rend la respiration très-gênée. Au bout de quelques jours, on constate dans une des régions de la paroi abdominale antérieure une légère tuméfaction qui s'accroît plus tard. Si on explore cette région, on trouve une tumeur aplatie et dure avec un empâtement œdémateux ; il est rare qu'on y constate de la fluctuation. En même temps il existe des troubles généraux : nausées, vomissements de matières alimentaires et de bile, soif, constipation.

**Marche.** Le phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale se termine rarement par résolution. La *suppuration* est la règle et s'annonce par des douleurs fixes, lancinantes, une sensation de fluctuation du centre de la tumeur, d'induration à la circonférence.

La collection purulente abandonnée à elle-même se comporte différemment selon les cas : bien qu'elle soit plus rapprochée du péritoine que des téguments, il est rare qu'elle s'ouvre dans la séreuse, ce qui produirait une péritonite promptement mortelle. En général, elle se porte vers la peau, ce qu'on explique par l'épaississement du péritoine au niveau de l'abcès et l'impulsion communiquée incessamment au foyer par les viscères abdominaux. Dans d'autres cas, elle se fraye un passage dans le rectum ou dans la vessie. Tous les observateurs ont noté, à l'instar de Dance, l'odeur fétide, stercorale, du pus renfermé dans ces abcès, sans qu'il soit possible d'expliquer cette particularité par l'existence d'une communication entre le foyer morbide et l'intestin. Cette odeur est due à une endosmose des gaz renfermés dans l'intestin jusque dans l'abcès sous-péritonéal.

Lorsque l'abcès est ouvert tardivement, on constate des décollements parfois très-étendus. Alors même qu'il est ouvert de bonne heure, il reste pendant un certain temps une induration autour du foyer. Dans le premier cas, on a signalé la possibilité d'une rupture de la paroi abdominale par suite de la destruction d'une certaine étendue de téguments.

Dans quelques cas, le phlegmon se termine par *induration* ; la masse

indurée se résorbe lentement ; elle peut subir une nouvelle atteinte d'inflammation aiguë et passer à la suppuration.

**Diagnostic.** La profondeur à laquelle se trouve le foyer, la difficulté en raison de ce siège de reconnaître la tumeur par la palpation, la rareté de la sensation de fluctuation, rendent souvent le diagnostic obscur. Les symptômes généraux qui accompagnent le phlegmon profond de la paroi abdominale simulent une péritonite, un étranglement interne. On aura égard pour le phlegmon au siège et à la fixité de la douleur, à la circonscription du gonflement, à cette sensation d'empâtement dont nous avons parlé précédemment.

**Pronostic.** Il est toujours grave. Cela résulte du voisinage du péritoine, dans lequel la collection peut s'ouvrir, des décollements parfois très-étendus des téguments lorsque l'abcès est ouvert tardivement.

**Traitement.** Au début, on a recours aux émissions sanguines locales et parfois générales, à des onctions hydrargyriques sur la région de l'abdomen qui est le siège de la douleur et de la tuméfaction. Dès que la fluctuation est appréciable, on livre passage au pus. Si la présence de ce liquide dans les parties profondes de la paroi abdominale ne s'annonce que par l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, on incise successivement les diverses couches de la paroi abdominale jusqu'au foyer. Les décollements étendus des téguments, les fistules sous-cutanées consécutives, les phénomènes de résorption putride, qui se montrent après l'ouverture tardive de ces abcès, motivent des indications qui ont été exposées tome I, *passim*. Si le phlegmon se terminait par induration, on combattrait celle-ci par les onctions hydrargyriques, des vésicatoires volants.

## ARTICLE II.

## Psoïtis.

Le psoïtis est l'inflammation et la suppuration du muscle psoas.

Cette phlegmasie se montre aussi fréquemment à gauche qu'à droite ; quelquefois des deux côtés simultanément. Elle survient, dans quelques cas, après l'accouchement, ce que les uns ont attribué à une rupture musculaire pendant les efforts de la parturition, d'autres à la fièvre purulente que l'on observe si souvent chez les accouchées. D'autres fois le psoïtis est la conséquence d'une contusion de la région lombaire, d'efforts violents brusques pendant lesquels le psoas se contracte énergiquement.

La maladie débute par une douleur, souvent très-vive, à la région lombaire, s'irradiant vers l'aîne ou la partie supérieure de la cuisse, s'exaspérant par les mouvements du membre. Lorsque le patient continue à pouvoir marcher, le tronc est incliné en avant ; il y a claudication. A une époque plus avancée, les douleurs augmentent, la marche est impossible, la cuisse reste fléchie sur le bassin, le pied est dans la rotation en dedans ; mais ces derniers symptômes ne se rencontrent pas dans tous les cas. Plus tard encore, il survient de la fièvre, les digestions sont mauvaises ; il y a de la