

ou moins, de manière à aller s'arrêter au niveau de quelque cul-de-sac péritonéal.

La tolérance une fois établie n'est pas indéfinie, le corps étranger perdu dans l'abdomen occasionne fréquemment des douleurs, ou bien, après avoir pendant longtemps passé inaperçu, donne lieu à une poussée inflammatoire. De cette manière se forment des abcès qui vont ordinairement s'ouvrir au niveau de la région inguinale.

Si le péritoine tolère assez facilement les balles ou les lames métalliques propres et polies, il n'en est plus de même des esquilles et fragments de toute nature que le hasard peut placer sur le trajet des projectiles; il nous serait impossible de citer un seul exemple d'enkystement de drap dans la cavité abdominale, dont l'intolérance à cet égard paraît excessive.

Diagnostic. Traitement. — Pour l'examen de la blessure et pour le traitement, le chirurgien se laissera guider par les circonstances. L'exploration à outrance aussi bien que la non-intervention quand même sont ici également dangereuses. Si les accidents présentés par le blessé sont bénins, si la palpation et la vue ne permettent pas d'apercevoir le corps étranger, il faut se conduire comme nous l'avons dit à propos des plaies pénétrantes : obturer la plaie et immobiliser l'abdomen. Cette façon d'agir est presque la règle lorsqu'on est en présence d'une plaie produite par un projectile de petit calibre, comme ceux qui sont lancés par les revolvers employés d'ordinaire dans la vie civile.

L'exploration est ici absolument contre-indiquée; souvent en effet elle serait dangereuse, presque toujours inutile, et de plus ces petites balles s'enkystent avec la plus grande facilité.

Si au contraire la palpation permet de soupçonner la présence d'un fragment d'instrument ou si à la suite d'un coup de feu on pense qu'un projectile d'un certain calibre a pu rester dans la plaie, l'exploration devient une règle absolue; on la pratiquera en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Dès que la présence d'un corps étranger aura été reconnue, il sera indiqué de lui donner issue soit par la plaie, soit par une contre-ouverture. Lorsque pour faciliter les manœuvres d'exploration ou l'extraction par la plaie le débridement sera jugé nécessaire, il n'y aura aucun inconvénient à y avoir recours; bien souvent on simplifiera de la sorte le trajet de la blessure, ce qui rendra la réunion plus facile.

3° PÉRITONITE TRAUMATIQUE

La péritonite traumatique est, ainsi que nous l'avons vu, la complication la plus fréquente et la plus redoutable des plaies pénétrantes de l'abdomen. Elle peut se développer à la suite des traumatismes les plus simples, et si l'on n'intervient pas, son apparition est certaine dans les plaies pénétrantes, surtout lorsqu'il y a épanchement dans le péritoine de matières stercorales, de bile, de sang, etc.

Anatomie pathologique. — La péritonite traumatique se montre circonscrite ou diffuse. La première forme constitue généralement un accident heureux : lorsqu'elle est fort limitée, elle soude l'un à l'autre les feuillets du péritoine au niveau des orifices de la solution de continuité et s'oppose à la pénétration des matières dans la cavité péritonéale (péritonite adhésive, plastique). Ce travail, que la nature accomplit spontanément, le chirurgien cherche à l'obtenir par l'emploi des caustiques, lorsqu'il veut ouvrir la cavité péritonéale et prévenir l'épanchement de matières dans son intérieur.

Au lieu de se limiter, l'inflammation gagne quelquefois les parties périphériques. C'est ainsi que l'on voit se former autour des matières étrangères des exsudats, des fausses membranes qui tantôt s'opposent à ce que les épanchements liquides puissent se répandre, tantôt forment une cavité dans laquelle s'enkystent les corps solides. Plus tard les parois de ces cavités peuvent à leur tour devenir le siège d'un travail pathologique (sécrétion de liquide, formation de kystes).

Malheureusement l'inflammation ne se comporte pas toujours d'une façon aussi simple, car la péritonite traumatique, comme toutes les péritonites septiques, a une tendance des plus manifestes à se généraliser. A l'autopsie des sujets qui succombent en trente-six ou quarante-huit heures au maximum, la cavité péritonéale est tapissée par un exsudat formé de fausses membranes fibrino-purulentes qui agglutinent ensemble les intestins et les soudent en une seule masse; souvent aussi on rencontre du pus dont la quantité varie et qui s'accumule dans les parties déclives. Ces lésions sont celles de la péritonite aiguë ordinaire, nous n'avons pas à insister sur ce sujet.

Symptômes. — La péritonite débute brusquement à une époque voisine de l'accident, habituellement dans le cours des premières vingt-quatre heures; son invasion est annoncée par une douleur des plus intenses, suivie de frissons violents. Cette douleur extrêmement aiguë, que la pression exaspère, se localise d'abord autour de la région blessée mais ne tarde pas à envahir le reste de l'abdomen. La température atteint rapidement 40°, 41°; le pouls petit, serré, donne cent vingt à cent trente pulsations par minute. En peu de temps le malade subit une transformation totale. La face grippée, pâle, contractée, accuse des souffrances atroces; les yeux cernés semblent enfoncés dans leurs orbites. Bientôt apparaissent des signes plus caractéristiques; ce sont d'abord des nausées suivies de vomissements incessants de matières noirâtres ou porracées, contre lesquels échouent toutes les ressources de la thérapeutique; le malade se plaint sans cesse de la soif; bientôt le ventre se ballonne, les urines deviennent rares; au bout de quelques heures, le patient couché sur le dos, les cuisses fléchies sur l'abdomen de manière à relâcher les parois de cette cavité, tombe dans un état de prostration profonde, la température périphérique se refroidit et la mort vient enfin terminer les souffrances.

Les symptômes de la péritonite localisée sont beaucoup moins accusés et restent limités dans une région bien circonscrite de l'abdomen; dans les cas de péritonite adhésive ils passent complètement inaperçus, c'est pour cette raison que nous avons proscrit sévèrement l'exploration lorsqu'il n'existe pas de phénomènes inflammatoires manifestes à la suite des plaies pénétrantes de

l'abdomen; elle pourrait en effet détruire des adhérences en voie de formation et occasionner la mort du malade.

Pronostic. — Le pronostic est ici de la plus haute gravité. La péritonite généralisée se termine presque toujours par la mort. Dans quelques occasions exceptionnelles la maladie se prolonge, les symptômes s'amendent et le malade guérit, mais il reste exposé à des accidents graves par suite de la présence d'adhérences et de brides fibreuses.

Traitement. — Comme le fait remarquer NUSSBAUM, dans la majorité des circonstances la péritonite traumatique étant d'origine septique, il n'est pas douteux que la méthode antiseptique ne soit appelée à prévenir dans nombre de cas cette redoutable complication. Pour arriver à ce résultat, le chirurgien, en présence des divers traumatismes de l'abdomen, devra examiner et panser avec soin son blessé; puis, dès qu'il soupçonnera l'existence d'un épanchement dans le péritoine, dès que se montreront des symptômes inflammatoires, il pratiquera la laparotomie pour aller nettoyer cette séreuse; un drainage convenable assurera ensuite l'écoulement des liquides.

Lorsque la péritonite est franchement déclarée, pour calmer la douleur et immobiliser l'intestin on prescrira d'assez fortes doses d'opium. Les vomissements ne permettant pas d'ordinaire de faire prendre le médicament par la voie buccale, on l'administrera en lavements. La soif et les vomissements seront calmés à l'aide de boissons glacées que le malade prendra fréquemment mais par petites doses. Localement des compresses trempées dans une solution antiseptique froide seront appliquées sur l'abdomen, recouvertes d'une couche de taffetas imperméable et renouvelées de temps à autre; les sangsues, les frictions mercurielles, les applications de collodion rendent aussi des services; enfin, s'il soupçonne la présence d'un épanchement purulent, le chirurgien fera sans tarder une large incision dans les parties déclives de façon à donner issue au pus, à drainer et laver le péritoine.

§ 5. — Corps étrangers de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif

Suivant la portion du tube digestif dans laquelle ils s'arrêtent, ces corps étrangers donnent lieu à des phénomènes spéciaux et nécessitent une intervention différente, nous diviserons donc leur étude et décrirons successivement : 1° les corps étrangers de l'estomac; 2° de l'intestin. Les corps étrangers arrêtés dans le rectum prendront place dans la pathologie de cet organe.

1° CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Le mécanisme et les circonstances qui favorisent la pénétration d'un corps étranger dans le tube digestif ont été déjà exposés à propos des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage; nous n'y reviendrons pas. Parmi les corps qui arrivent dans l'estomac, les uns ne font que traverser cet organe et partant ne sauraient nous intéresser, d'autres y séjournent normalement; ces derniers présentent en général de grandes dimensions ou des aspérités, ce

sont : des fourchettes, cuillers, barres de plomb, épingles ou aiguilles, couteaux, cailloux, pièces de monnaie, morceaux de bois. D'ordinaire il n'y a qu'un seul corps, cependant les observations dans lesquelles on en a rencontré plusieurs ne sont pas absolument rares, et FOURNIER, à l'autopsie d'un forçat, retira de son estomac cinquante-deux objets, le tout pesant plus d'une livre.

Symptômes. — Quand un corps un peu volumineux s'arrête dans l'estomac, le patient éprouve d'abord un sentiment de malaise indéfinissable, accompagné d'angoisse, d'anxiété précordiale, puis bientôt de nausées; la douleur est tantôt fort nette, limitée, comparable aux souffrances occasionnées par le point de côté, tantôt au contraire sourde, gravative; elle diminue ordinairement sous l'influence de l'ingestion d'aliments; la masse alimentaire isole partiellement le corps étranger de la paroi et empêche les contractions spasmodiques de cet organe de provoquer des frottements contre les irrégularités de l'objet. Les malades cherchent à calmer leurs douleurs par la position, habituellement ils se replient sur eux-mêmes, la partie supérieure du corps fléchie; enfin, pour favoriser l'immobilité du viscère, ils compriment avec les mains la région épigastrique.

Les vomissements se montrent d'une manière aussi constante que la douleur, ils sont continus ou intermittents et provoquent l'expulsion d'aliments, de matières bilieuses ou sanguinolentes, parfois même de sang pur.

En plaçant le patient dans une position favorable, quelques chirurgiens ont pu, par la palpation, reconnaître la présence de corps étrangers dans l'estomac; c'est là le plus souvent chose fort difficile. Lorsque plusieurs corps sont accumulés dans le viscère, la succussion permet d'entendre le bruit qu'ils produisent en se heurtant les uns contre les autres: ainsi un avaleur de cailloux du nom de Cassandre, qui exerçait à Nancy, donnait à ses spectateurs la preuve de l'authenticité de ses exploits en leur faisant entendre le bruit que déterminait la percussion de sa poitrine.

Sort des corps étrangers de l'estomac. — 1° Ils sont rejetés par les vomissements; 2° ils franchissent le pylore; 3° ils séjournent indéfiniment dans l'organe. Le premier mode de terminaison semble fort rare, car il est exceptionnel qu'un corps se place dans une situation qui lui permette de refaire en sens inverse le chemin qu'il a parcouru. Il paraît encore difficile à un corps étranger un peu volumineux de franchir le pylore qui oppose une résistance sérieuse. Cependant une fois engagés, les divers objets passent assez simplement. Enfin si le corps ne peut sortir du viscère, sa présence ne tarde pas à occasionner des accidents graves, hâtons-nous de dire toutefois qu'ils entraînent rarement la mort. Certains objets, comme les métaux, peuvent être peu à peu usés par les acides du suc gastrique, ils sont plus tard éliminés; le plus ordinairement les corps étrangers donnent lieu à la production de tumeurs phlegmoneuses ou non et vont sortir en un point plus ou moins éloigné. Lorsque la mort survient, elle est en général la conséquence fatale de l'amaigrissement dû à l'inanition.

Diagnostic. Pronostic. — Toutes les fois que le malade veut ou peut parler, le diagnostic est des plus faciles; en revanche, lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant ou d'un aliéné, les difficultés deviennent plus sérieuses. Il faut

alors grouper avec soin tous les symptômes, puis recourir à l'examen direct; la palpation est, avons-nous dit, insuffisante, mais nous pouvons encore utiliser les explorateurs (sondes ordinaires, à boule, résonnateurs).

Le pronostic est favorable dans la majorité des cas; on comprend du reste qu'il varie à l'infini avec le volume et la forme du corps.

Traitement. — Les méthodes de traitement dont dispose le chirurgien peuvent être groupées comme il suit: 1^o méthodes qui ont pour but l'expulsion du corps étranger par la bouche; 2^o méthodes qui ont pour but l'expulsion par la voie intestinale; 3^o méthodes d'extraction par incision des parois.

1^o *Expulsion du corps étranger par la bouche.* — On favorise cette expulsion par des titillations de la luette et surtout par l'administration des vomitifs. Ce procédé, précieux chez les enfants surtout quand le corps étranger peut agir comme poison, se trouve contre-indiqué le plus souvent.

2^o *Expulsion par l'intestin.* — Une foule de traitements ont été conseillés: les uns font avaler des corps gras, les autres des choux, des figues, de façon à englober le corps et à le faire filer avec le bol alimentaire; on a essayé aussi de dissoudre les corps métalliques avec des solutions acides.

3^o *Incision des parois. Gastrotomie.* — Lorsque le corps étranger ne peut être expulsé et que par sa présence il compromet la vie du malade, le chirurgien doit en proposer l'ablation. Cette opération, connue dans la science sous le nom de *gastrotomie* ou *taille stomacale*, a été exécutée pour la première fois en 1602 par FLORIAN MATHIS (de Brandebourg); le patient, homme de trente-six ans, avait avalé un canif de neuf pouces de long et guérit parfaitement. En 1635, la gastrotomie fut répétée par SCHWALBE (de Königsberg), l'opéré survécut pendant dix ans. Dans le cours de notre siècle, la taille stomacale a été pratiquée un certain nombre de fois; citons parmi les opérateurs SÉDILLOT, CAIZERGUE, RODUEZ, GLUCK, BELL, LABBÉ, V. LANGENBECK, etc.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la mortalité est peu considérable à la suite de cette opération, la plupart des faits connus se sont terminés heureusement, nul doute que la guérison ne devienne la règle avec la méthode antiseptique.

2^o CORPS ÉTRANGERS DE L'INTESTIN

On rencontre dans cette partie du tube digestif des corps étrangers venus de l'extérieur ou développés sur place. Parmi les corps étrangers venus du dehors, les plus communément observés sont: les noyaux de fruits (cerises, prunes, dattes), Les exemples de noyaux multiples accumulés dans l'intestin pullulent dans les auteurs. Ainsi CRUVEILHIER rapporte un cas où l'on a pu observer jusqu'à six cent dix (610) noyaux de cerises réunis dans l'intestin.

Les masses qui se développent spontanément dans le canal intestinal sont de deux sortes: ou bien il s'agit de calculs généralement désignés sous le nom d'*entérolithes*, d'*égagropiles*, ou bien ce sont des matières stercorales durcies que les auteurs ont nommées *tumeurs stercorales*.

Les calculs siègent rarement dans l'intestin grêle, plus souvent dans le gros intestin. Les entérolithes, bien étudiés par CLOQUET, présentent un noyau cen-

tral constitué par un calcul biliaire, un fragment d'os, un noyau ou une substance amorphe, des poils par exemple; autour de ce noyau se sont déposées des incrustations calcaires (carbonate et phosphate de chaux) fournies par les liquides intestinaux. Le volume de même que le nombre de ces productions varient; elles peuvent atteindre parfois des proportions considérables; ainsi SANCHEZ (de Toca) a rapporté l'observation d'un énorme calcul pesant 600 grammes, et ABERL, après l'expulsion d'un calcul volumineux, en vit sortir trente-deux autres petits, ces pierres réunies pesaient 1^k,250, au centre de chaque calcul on trouvait un noyau de cerise ou de mirabelle.

Les tumeurs stercorales se rencontrent de préférence dans les fosses iliaques où elles occupent le cæcum et l'S iliaque. Dans certains cas elles sont uniquement constituées par des glomérules de matières fécales durcies et desséchées qui ont été brusquement accumulés en un point par les contractions de l'intestin; dans d'autres circonstances, elles se sont formées autour d'un corps étranger (noyau, grain de plomb).

Ces tumeurs se produisent d'ordinaire chez les individus habituellement constipés; l'abus des astringents et des narcotiques paraît y prédisposer.

Symptômes. — Les symptômes occasionnés par la présence de corps étrangers dans l'intestin diffèrent avec la durée du temps pendant lequel ces corps séjournent dans ce canal et aussi suivant qu'ils obstruent plus ou moins complètement le conduit. Des milliers de personnes avalent des corps étrangers même volumineux sans en éprouver d'accidents notables. Il n'en est plus de même pour les objets qui cheminent lentement, par saccades, et mettent un temps considérable pour traverser les diverses portions de l'intestin. Ces corps déterminent une entérite avec fièvre, douleurs du ventre, sensibilité exagérée, ballonnement. On a noté aussi des ulcérations, des valvules, une desquamation épithéliale et même la suppuration d'une portion du conduit; alors les symptômes changent, deviennent plus graves et s'accompagnent de phénomènes nerveux; en pareil cas des convulsions et des accès épileptiformes ont été signalés; ce qui caractérise surtout cette entérite, ce sont les alternatives de constipation et de diarrhée. L'inflammation se communique quelquefois au péritoine, occasionnant la formation d'adhérences entre les anses intestinales. La durée de ces accidents varie avec le temps que le corps met à parcourir le tube intestinal.

Enfin, les corps étrangers qui s'arrêtent d'une manière permanente dans l'intestin sont parfois tolérés; plus souvent ils déterminent des phénomènes d'obstruction qui entraînent la mort du malade par péritonite; dans les cas heureux on voit se former un abcès stercoral par lequel le corps du délit se trouve expulsé. Nous reviendrons plus tard sur les symptômes de l'obstruction intestinale et des abcès stercoraux.

Diagnostic. — L'existence de douleurs fixes, profondes, des alternatives de constipation et de diarrhée attireront l'attention du chirurgien et le feront songer à la présence d'un corps étranger dans les intestins. Il procédera à la palpation qui, en réveillant la douleur en un point fixe, permet bientôt de reconnaître une masse indurée. L'interrogation attentive du sujet fournira

des renseignements suffisants pour établir s'il s'agit d'un corps venu de l'extérieur ou d'une tumeur stercorale.

Pronostic. — D'une façon générale le pronostic des corps étrangers de l'abdomen n'est pas grave, le nombre des morts rapporté par les auteurs est peu considérable. Les accidents occasionnés par les corps venus du dehors dépendent de leur volume et de leur forme; les entérolithes sortent avec facilité, il en est de même des tumeurs stercorales lorsqu'elles sont récentes et qu'il n'existe pas de rétrécissement au-dessous d'elles.

Traitement. — Les corps étrangers de petit volume ainsi que les entérolithes peuvent ordinairement être expulsés par les voies naturelles; on facilitera leur migration par l'ingestion de corps gras et de purgatifs fréquemment répétés. Les mêmes moyens seront utilement employés contre les tumeurs stercorales, d'origine récente. Si la médication purgative restait impuissante, au bout de peu de temps se poserait la question d'intervention chirurgicale; nous y reviendrons en faisant l'étude de l'obstruction intestinale.

CHAPITRE II

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN

Les furoncles et anthrax des parois de l'abdomen sont rares, l'érysipèle au contraire se rencontre assez communément en cette région; tantôt il est né sur place autour d'une plaie ou des excoriations ombilicales, tantôt il a débuté dans une région voisine. Ces différentes affections n'ont du reste rien de spécial, elles suivent leur cours et leur évolution à la façon ordinaire; chez les nouveau-nés cependant, l'érysipèle qui se développe à la chute du cordon peut occasionner la mort.

§ 1^{er}. — Phlegmons et abcès de la paroi antéro-latérale de l'abdomen

Suivant le point où se fait la collection purulente, les phlegmons de la paroi abdominale antérieure se divisent naturellement en *superficiels*, *sous-aponévrotiques* et *sous-péritonéaux*.

1^o PHLEGMONS ET ABCÈS SUPERFICIELS

Les phlegmons et abcès superficiels des parois abdominales ont pour origine les causes qui leur donnent habituellement naissance dans les autres régions; ils succèdent aux contusions, aux lymphangites que déterminent les excoriations si fréquentes autour de la cicatrice ombilicale chez les personnes peu

soigneuses. Ils présentent les symptômes classiques des phlegmons, leur traitement ne donne lieu à aucune indication particulière.

2^o PHLEGMONS SOUS-APONÉVROTIQUES

Étiologie. — Les phlegmons sous-aponévrotiques sont consécutifs aux chutes, coups, contusions; dans l'armée on les observe assez communément chez les jeunes cavaliers.

Les ruptures musculaires ne provoqueraient presque jamais la formation d'une collection purulente lorsqu'elles se produisent chez un sujet sain (LABUZE). Il n'en est plus de même si le patient relève de fièvres graves (typhoïde, scarlatine, puerpérale) ou est en puissance de tubercules. Les muscles présentent alors cet état spécial que ZENKER et HAYEM ont décrit sous le nom de dégénérescence granuleuse et cireuse; dans ces conditions le moindre traumatisme, le plus léger effort peuvent occasionner une rupture qui sera constamment suivie d'un abcès. Il n'est pas douteux pour nous qu'il faille en pareille circonstance attribuer la formation du pus à la présence d'un foyer de microbes ou de bacilles.

Anatomie pathologique. — Ces abcès se rencontrent de préférence dans la gaine des muscles droits au tiers inférieur. Ils occupent l'une ou l'autre des deux gaines, parfois elles sont prises simultanément. DUPLAY cite l'observation d'un malade chez lequel l'abcès s'était d'abord développé dans un de ces muscles, mais le pus pénétra ensuite dans la gaine du côté opposé à travers les éraillures de la ligne blanche. Ces collections viennent habituellement s'ouvrir du côté de la peau; toutefois, ainsi que WENZEL-GRUBER en a rapporté un fait, la gaine celluleuse aponévrotique, assez peu résistante en arrière, se rompt dans quelques cas et le pus se répand dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Symptômes. — Pendant la première période de leur développement, ces abcès forment dans la région hypogastrique et près de la ligne médiane une masse dure, allongée, très sensible à la pression. Il est bien difficile alors de savoir si l'on se trouve en présence d'une rupture musculaire, d'un simple épanchement sanguin ou d'une inflammation. Bientôt les phénomènes s'accroissent, la région devient rouge, empâtée, très douloureuse, enfin on perçoit le phénomène caractéristique, la fluctuation.

Traitement. — Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons exposé à propos des phlegmons en général; nous pouvons le résumer ainsi: favoriser la formation de la collection, puis ouvrir, laver, drainer et panser le foyer suivant les règles de la méthode antiseptique. L'accolement des parois du foyer est toujours difficile à cause des mouvements respiratoires, aussi persiste-t-il souvent des fistules.