

## II

## ESTOMAC ET DUODÉNUM

Je crois devoir étudier dans le même chapitre le duodénum et l'estomac. Les affections non traumatiques de la première portion de l'intestin se rapprochent beaucoup plus de celles de l'estomac que de celles du jéjunum et de l'iléon au double point de vue de la clinique et du traitement. Le cancer du duodénum, l'ulcère du duodénum sont à différencier ainsi des lésions analogues de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces maladies sont au contraire, comme nous le verrons, justiciables du même traitement que le cancer et l'ulcère de l'estomac.

Nous étudierons :

I. Les corps étrangers de l'estomac ; II. Les cancers de l'estomac et du duodénum ; III. Les affections non cancéreuses de l'estomac et du duodénum ; La technique des opérations qui se pratiquent sur l'estomac.

## I. — CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC.

Contrairement à ce qui a lieu pour l'intestin, on ne trouve pas dans l'estomac de corps étrangers autochtones, développés sur place.

Parmi toutes les substances que l'estomac est appelé à recevoir, on considère comme corps étrangers ceux que leur séjour dans la cavité stomacale ne modifie pas, ou seulement à la longue, si la substance qui les compose est altérable, qui ne sont donc pas susceptibles d'être digérés et qui par leur forme, leur volume ou leur nombre, peuvent être la cause d'accidents.

Si l'on fait exception pour les calculs biliaires et les vers intestinaux, des paquets de lombrics, qui peuvent franchir le pylore et remonter de l'intestin, on peut dire que tous viennent de l'extérieur et que, presque toujours, ils ont été avalés.

Très rarement, en effet, un traumatisme, une plaie de l'abdomen leur a livré passage. Il s'agit alors surtout de projectiles, de balles comme celle que Jobert, cité par Bérard, aurait extrait de l'estomac d'un blessé de Juillet (1830) — ou bien encore des fragments d'instruments piquants.

On trouve parmi les corps étrangers introduits par la bouche, déglutis, et arrêtés dans l'estomac, les objets les plus disparates. Leur énumération serait très longue et forcément incomplète.

Poland (1) les divise d'après leur forme en quatre groupes : — 1° les corps pointus (aiguilles, épingles) ; — 2° les corps coupants, allongés et irréguliers (clous, couteaux, fausses dents, fourchettes ; — 3° les corps ronds (monnaie, billes, dés, etc.) ; — 4° enfin les cheveux, la laine, les fibres de noix de coco qui peuvent se pelotonner et former de grosses boules.

Peyrot (2), se plaçant à un autre point de vue, les divise en deux catégories suivant qu'ils ont été ou non introduits avec les aliments :

1° Les corps étrangers d'origine alimentaire ;

2° Les corps étrangers d'origine non alimentaire.

Souvent c'est par mégarde qu'ils ont été avalés, mélangés aux aliments, comme des fragments d'os, des arêtes de poisson, des noyaux, des pépins, des dents artificielles, des morceaux de verre, ou bien seuls dans un moment de surprise et d'inattention. Ceci s'observe surtout chez les enfants, qui portent d'instinct tout à leur bouche. Ils peuvent encore les avaler volontairement sans se rendre compte des suites graves qui peuvent en résulter.

Des faits du même genre se rencontrent souvent chez les fous.

On trouve à ce sujet des observations curieuses :

Poulet parle d'un Anglais dont l'estomac contenait 1841 corps étrangers, dont 1000 clous de souliers.

Marcel (3), cité par Poland, rapporte le cas d'un matelot qui, pendant neuf années, avait avalé un grand nombre de couteaux de poche. « Il mourut de perforation de l'estomac. On a conservé la pièce au musée de Guy's hospital : elle contenait trente à quarante fragments de couteaux ; d'autres avaient été expulsés par l'anus ou par les vomissements. »

Polland rapporte encore l'observation « d'un maniaque, âgé de vingt-trois ans, dans l'estomac duquel on trouva trente et un manches de cuillers entiers, de 15 centimètres de long, quatre demi-manches, neuf clous, la moitié d'un fer de talon de soulier, une vis, quatre cailloux et un bouton » ; la masse totale pesait deux livres et demie.

Sonné-Moret, cité par Luton (4), a lu dans le *Journal de Vandermonde* « le fait d'un forçat hypocondriaque et vorace dans l'estomac duquel on trouva du gravier, des boutons, vingt-sept morceaux de bois, deux cuillers d'étain, deux fragments de verre, des portions d'entonnoir de fer blanc, des tuyaux de pipe, de l'étain, des clous, des noyaux, du cuir ; le tout pesait une livre dix onces et demie ».

Dans l'estomac d'une aliénée de trente-neuf ans, morte après s'être introduit une foule de corps étrangers dans le vagin et dans

(1) POLAND (Prize Essay).

(2) PEYROT, *Manuel de pathologie externe*, t. III, p. 455.

(3) MARCEL, *Medico-chir. Transact.*, vol. XII, p. 52.

(4) LUTON, *Dictionnaire de méd. et de chir. de Jaccoud*, Paris, 1871, art. ESTOMAC, t. XIV, p. 183.

l'urètre, Sonnié-Moret trouva onze cylindres constitués chacun par trois pointes de Paris enveloppées d'un chiffon de toile et maintenues par des circulaires de fil : chaque cylindre mesurait deux pouces et demi de long sur cinq lignes de diamètre ; plus vingt-cinq fragments de laiton. Ces objets pesaient en tout 160 grammes.

Les corps étrangers les plus bizarres ont été ainsi retrouvés : des jeux de dominos, des bagues, des pièces de monnaie, une flûte, etc.

Cobbal cite l'observation d'une hystérique qui le consulta pour « un ver qui ne voulait pas mourir ». Les fragments qu'elle vomissait n'étaient autre chose que de la laine qu'elle avait avalée.

Les forains, les avaleurs de sabre, les mangeurs de verre pilé, de cailloux et d'étoffe, fournissent également un grand nombre d'observations de corps étrangers de l'estomac. Un malade de Bell avait ainsi avalé une barre de plomb de 30 centimètres et pesant 270 grammes.

La fourchette extraite par Labbé, la longue cuiller enlevée par Félizet sont dans toutes les mémoires.

Il est impossible de passer en revue tous les faits qui ont été signalés : des voleurs avalent pour les cacher des pièces de monnaie, quelquefois des objets plus volumineux comme cette côtelette de mouton qui ne put franchir le pharynx et qui entraîna la mort. C'est le seul moyen si souvent employé par les porteurs de dépêches, les espions, pour qu'on ne saisisse pas leur courrier.

D'autres, dans un but de suicide, avalent des substances qu'ils croient dangereuses. On cite des métaux, une barre de fer longue de 23 centimètres et de la grosseur du petit doigt (Rothmund). Quelquefois enfin, c'est pendant le sommeil que l'accident se produit : Heymann (de Plendorff) raconte qu'un enfant de trois ans, dormant la bouche ouverte, avala une chauve-souris vivante ! on prétend encore que des couleuvres se seraient ainsi introduites dans la bouche et de là dans l'estomac !

Nous sommes là dans le domaine de la fantaisie, et on est stupéfait, quand on lit dans des articles spéciaux ce qui a été écrit sur ce sujet, de voir avec quelle crédulité on a accueilli les récits les plus invraisemblables.

Par contre, il est fréquent de voir se détacher pendant le sommeil des pièces dentaires, des fausses dents, qui peuvent être entraînées dans les voies digestives. Il faut se rappeler que cet accident peut se produire au cours des anesthésies, d'où le précepte de ne jamais commencer la chloroformisation sans demander au patient s'il a dans la bouche une pièce artificielle.

On peut noter aussi les corps étrangers introduits dans l'estomac au cours de manœuvres chirurgicales. C'est ainsi qu'on peut rencontrer dans l'estomac des débris de sonde œsophagienne des éponges, des crayons de nitrate d'argent (Peyrot), etc.

**Symptômes.** — Avant de pénétrer dans l'estomac, les corps étrangers peuvent être arrêtés dans l'œsophage et y séjourner un temps plus ou moins long.

Leur présence dans le canal œsophagien peut se traduire par une sensation de gêne, une douleur plus ou moins vive, qu'exaspèrent les mouvements de déglutition et qui est suivie d'un soulagement quelquefois immédiat quand le corps étranger se déplace et descend dans l'estomac.

Ce sont les objets volumineux de forme irrégulière, ou les corps pointus et piquants qui s'arrêteront le plus souvent dans l'œsophage : les épingles et les aiguilles en un point quelconque du canal, les objets volumineux dans sa partie supérieure, au niveau des rétrécissements.

Quand la portion cervicale aura pu être franchie, la descente dans l'estomac sera facile, à moins qu'il n'existe un rétrécissement des parties inférieures de l'œsophage de cause pathologique.

L'examen direct à l'aide de l'œsophagoscope a démontré en effet que l'œsophage est béant dans sa portion thoracique, au-dessous du rétrécissement correspondant à la bronche gauche, et Mikulicz (1) a constaté que le passage dans l'estomac est toujours largement ouvert.

Quelquefois cette première étape dans le conduit digestif peut entraîner des accidents plus graves (ulcération, perforation, sténose cicatricielle), des troubles dysphagiques plus accusés, une dyspnée parfois si intense que la trachéotomie s'impose : chez un malade d'Habicot, l'asphyxie était telle qu'il dut sur-le-champ ouvrir la trachée. L'histoire de ce malade est rapportée par Peyrot : il s'agissait d'un jeune homme qui pour les sauver des voleurs avait avalé « quelque dix pistoles nouées dans un petit linge ». A travers l'œsophage, Habicot poussa dans l'estomac ce corps étranger qui comprimait la trachée.

Qu'une manœuvre chirurgicale les introduise ainsi dans la cavité stomacale ou qu'ils y entrent spontanément, comme dans cette observation de La Peyronnie où un os de bœuf séjourna successivement dans l'œsophage, dans l'estomac, et dans l'intestin, déterminant en dernier lieu une suppuration gangreneuse du rectum, il n'en est pas moins vrai que des accidents variables peuvent résulter de leur passage dans l'œsophage et précéder ceux qu'entraîne leur présence dans l'estomac. Je renvoie pour les détails au volume VI de ce *Traité* art. *Corps étrangers de l'œsophage*, par Gangolphe.

La traversée œsophagienne effectuée, le corps étranger franchit l'orifice cardiaque et pénètre dans l'estomac, où tout est disposé pour le recevoir et l'arrêter : — a) la disposition cavitaire de l'organe ;

(1) MIKULICZ, *Wiener med. Presse*, 1881, p. 1541.

— *b*) son mode d'abouchement oblique avec l'œsophage, et le repli valvulaire cardio-œsophagien qui peut se relever, fermer l'orifice cardiaque, s'opposer au rejet par les vomissements des aliments et par conséquent des corps étrangers (A. von Guburo, de Moscou); — *c*) la présence du sphincter pylorique qui, d'après les expériences de Luton, laisse passer difficilement chez un adulte une pièce de deux francs et se déchire au moins partiellement au passage d'une pièce de cinq francs; — *d*) enfin la disposition en cul-de-sac de la grande courbure, où viennent tomber les objets lourds et de petites dimensions, bien au-dessous du niveau de l'orifice pylorique (Peyrot).

Les corps plus allongés s'orientent comme ils peuvent, le plus ordinairement suivant le grand axe de l'estomac, obliquement inclinés du cardia au pylore.

Que deviennent les corps étrangers introduits dans l'estomac?

Quelques-uns y séjournent un temps trop court pour donner lieu à aucun symptôme : ils sont rejetés par un vomissement ou bien — et c'est le cas le plus ordinaire — ils franchissent le pylore, avec d'autant plus de facilité qu'ils se trouvent contenus dans une cavité plus remplie d'aliments, quelque temps après le repas; ils passent mélangés aux aliments, confondus avec eux, leurs arêtes aiguës masquées par la bouillie alimentaire.

Les corps allongés, les couteaux et les fourchettes, etc., malgré leur grande taille et la difficulté qu'ils rencontrent forcément à se présenter en bonne direction devant l'orifice valvulaire peuvent cependant arriver à le franchir et à passer dans l'intestin. Poulet, sur vingt-cinq cas de fourchettes introduites dans l'estomac, a vérifié neuf fois ce fait.

Donc, premier mode d'évolution : après un temps variable, le corps étranger est expulsé par les voies naturelles : c'est le passage dans l'intestin qu'on observe le plus souvent. Les symptômes sont nuls ou insignifiants.

La forme et les dimensions des corps étrangers peuvent leur fermer le cardia et le pylore : dans ces cas, ils séjournent dans l'estomac.

Les observations de tolérance parfaite de la part de cet organe ne manquent pas. Les troubles apportés aux fonctions stomacales sont de peu d'importance : à l'autopsie, on trouve des objets qui ont pu séjournier plusieurs années dans l'estomac sans provoquer d'accidents. Il ne semble pas, d'ailleurs, que ceux-ci soient toujours en rapport avec la forme ou le volume des corps étrangers. Hashimoto, cité par Jalaguier, retira de l'estomac d'un homme de quarante-neuf ans, une brosse à dents qui y avait séjourné plus de quatorze ans : les seuls accidents avaient été un abcès ouvert à la paroi abdominale, et, treize ans plus tard, un second abcès ouvert à l'ombilic.

On a vu des corps volumineux et cependant parfaitement tolérés :

le malade de Labbé, qui avait avalé une fourchette, n'éprouva pendant les dix-neuf premiers jours qu'une gêne insignifiante.

Chaput (1) a trouvé, à l'autopsie d'un malade à qui il avait fait dix-huit mois auparavant une gastro-entérostomie, un bouton métallique qui avait séjourné tout ce temps dans l'estomac sans donner lieu à aucun symptôme.

Après un séjour plus ou moins prolongé et quelquefois inaperçu, le corps étranger peut être brusquement expulsé, ou bien il se fait jour au dehors, après avoir provoqué des lésions inflammatoires et des adhérences de l'estomac à la paroi abdominale avec suppuration de cette paroi.

Adler raconte l'histoire d'un enfant de trois ans, qui rejeta par les vomissements, au bout de cent deux jours une pièce de cuivre noirâtre et déjà corrodée.

Cette usure lente et continue, due à l'action des liquides de l'estomac, peut être d'ailleurs un mode de disparition de certains corps étrangers, dont la substance se laisse altérer à la longue : il y a là une sorte de digestion. Nous le signalons en passant. Sur la figure 25, on voit en *a* des érosions produites par les sucs gastro-intestinaux qui avaient agi sur le portecrayon, et même sur le plomb qu'il contenait. Ce portecrayon en aluminium sortit spontanément par l'anus, au dire de Henry Morris.

Mais à côté de ces faits, qui représentent le minimum de lésions et de troubles fonctionnels, et beaucoup plus fréquemment d'ailleurs, on voit les corps étrangers, après un séjour de quelque durée, déterminer une inflammation d'abord localisée à la partie voisine de la muqueuse, des lésions de gastrite aiguë ou ulcéreuse qui peuvent s'étendre, gagner en profondeur, et entraîner les conséquences les plus graves. Si le corps étranger est terminé par des extrémités pointues, s'il est volumineux, limité par des arêtes vives et coupantes, il est facile de comprendre comment pourra s'établir d'une façon toute mécanique le processus ulcératif.

Les symptômes n'ont rien de très caractéristique : ils sont encore variables d'intensité, parfois nettement accusés.

La douleur indique assez bien le siège du mal : elle est plus ou moins aiguë, localisée à l'épigastre ou dans l'un des espaces intercostaux voisins.

Tout mouvement l'exaspère, l'abaissement du diaphragme peut

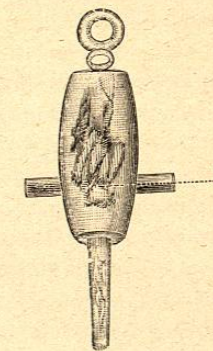


Fig. 25. — Portecrayon en forme de canon expulsé par le rectum. — *a*, plaques d'érosions (demi-grandeur).

(1) CHAPUT, Soc. de chir., 12 janvier 1898.

devenir intolérable : et le malade, angoissé, pâle, défaillant, ose à peine respirer.

« L'opéré célèbre de Labbé restait assis dans une immobilité absolue durant plusieurs heures après chaque repas. » C'est, en effet, pendant la période de digestion que les souffrances sont le plus vives : elles diminuent parfois pendant l'ingestion des aliments.

Le vomissement est un symptôme extrêmement fréquent : il survient plus ou moins vite après l'introduction du corps étranger. Il est alimentaire, muqueux, bilieux, sanguinolent.

Les vomissements sanglants sont notés dans nombre d'observations où les aspérités du corps étranger ont dilacéré la muqueuse gastrique. Mais il ne faut pas se laisser tromper par les apparences : car les sucs stomacaux peuvent agir sur la substance des corps étrangers métalliques, ce qui peut donner aux vomissements une coloration noirâtre, analogue à celle du méléna.

La palpation de l'estomac réveille la douleur. Cependant, quand le corps étranger est un peu volumineux, il peut arriver qu'on le perçoive à travers la paroi abdominale, où il peut faire un relief saillant. Cette exploration est souvent rendue difficile par la contraction des muscles grands droits et doit toujours être pratiquée avec douceur, de peur de transformer en perforation complète une ulcération déjà étendue.

Sous l'influence des douleurs et des vomissements, des troubles intestinaux (alternatives de constipation et de diarrhée), le malade ne tarde pas à dépérir. Il maigrit et perd ses forces : on a signalé de la tendance aux syncopes, quelquefois un véritable état convulsif. Si l'on n'intervient pas, la mort peut survenir par des mécanismes divers qu'il est aisé d'imaginer.

*Modes d'expulsion des corps étrangers et symptômes auxquels ils peuvent donner lieu.* — Nous ne reviendrons pas sur ce qui a été dit de leur rejet par les vomissements, ou de leur passage dans l'intestin. Les accidents qui résultent de leur séjour dans cette dernière portion du tube digestif seront décrits dans le tome VIII de ce *Traité*.

Nous aurons surtout en vue les lésions qu'ils peuvent déterminer dans l'estomac lui-même, lésions assez importantes parfois pour devenir une véritable complication, pouvant amener une perforation et créer au corps étranger une dernière porte de sortie, une route vers l'extérieur.

Sous l'influence des pressions répétées, des déchirures de la muqueuse, une ulcération se forme, qui tend à détruire progressivement toutes les tuniques de l'estomac et son revêtement péritonéal. A l'érosion mécanique du début fait suite une véritable ulcération qui plus tard pourra se cicatriser, surtout si le corps étranger

a été expulsé, ou au contraire aboutir à la perforation complète.

Dans les cas heureux de régression, si l'ulcération a siégé en un point voisin du pylore, le processus cicatriciel peut entraîner une sténose plus ou moins complète de l'orifice. Cette obstruction du pylore peut encore être due à l'enclavement du corps étranger lui-même au moment de son passage dans l'intestin.

Si au contraire l'aboutissant des lésions stomacales doit être la perforation, deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien des phénomènes d'infection progressive localisée ont permis l'organisation d'adhérences solides entre les deux feuillets péritonéaux ;

2° Ou bien l'ouverture stomacale a lieu dans la cavité péritonéale avant qu'une barrière d'adhérences salutaires se soit produite.

Les résultats sont bien différents : d'une part infection généralisée à la séreuse qui, dans d'autres conditions, peut reconnaître pour cause la propagation au reste de la séreuse de l'infection primitivement localisée autour du segment malade ; ou bien, grâce à la formation des adhérences, il se produit au sein des exsudats une sorte de voie par laquelle le corps étranger peut émigrer dans l'épaisseur des couches de la paroi abdominale jusque sous les téguments.

Des abcès se forment, dans les flancs, dans les aines, autour de l'ombilic, quelquefois dans la région lombaire : leur marche est plus ou moins aiguë et le corps étranger s'élimine tôt ou tard avec le pus, laissant parfois comme traces de son passage des fistules longtemps persistantes.

Nous avons eu plusieurs fois à signaler des observations où ce mode de terminaison au milieu d'accidents inflammatoires a été constaté.

Les épingles, les aiguilles peuvent parfois perforer la peau en un point quelconque et sortir spontanément, à moins que le chirurgien, en ouvrant un abcès de la paroi abdominale, active le mouvement de migration spontanée.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que parfois le corps étranger sort de l'estomac et tombe librement parmi les anses intestinales libres dans la cavité péritonéale. Le Dentu trouva ainsi une cuiller de bois sans qu'il lui fût possible de voir sur les parois de l'estomac les traces d'une solution de continuité.

**Diagnostic.** La douleur, les vomissements, tous les signes fonctionnels, même lorsqu'ils sont très accusés, ne peuvent suffire à établir un diagnostic certain.

Les véritables éléments de diagnostic sont :

1° Les *commémoratifs* ; mais, comme il s'agit dans la plupart des cas de fous, de maniaques, d'enfants en bas âge, il faut s'attendre à n'avoir que des renseignements erronés ou incomplets ;

2° La *présence à l'épigastre d'une masse dure* ; mais nous avons dit combien cette recherche pouvait être rendue difficile et quelles

conditions de volume le corps étranger devait réaliser pour faire une saillie appréciable.

Collin et Trouvé ont construit des explorateurs qui, maniés avec précaution, ont donné quelques renseignements : mais, depuis la découverte des rayons de Röntgen et de la radioscopie, ces instruments sont vraiment inutiles ; aussi bien pour la constatation de la présence du corps étranger lui-même que pour arriver à indiquer son siège d'une façon précise, l'emploi des rayons X offre une ressource des plus précieuses. Grâce à ce merveilleux mode d'investigation on arrivera à définir exactement la position du corps étranger et on pourra opérer à coup sûr.

**Traitement.** — On ne saurait à l'heure actuelle hésiter à pratiquer la laparotomie pour une tumeur stomacale, quand un corps étranger de quelque volume séjourne dans l'estomac.

Au point de vue des indications thérapeutiques, divisons les corps étrangers de l'estomac en trois classes :

A. Les corps étrangers de petit volume sans aspérités ; B. Les corps étrangers de petit volume pointus ou tranchants ; C. Les corps étrangers volumineux.

Dans ces trois éventualités les indications diffèrent.

A. CORPS ÉTRANGERS DE PETIT VOLUME SANS ASPÉRITÉS. — Ici, rien à dire de particulier, sinon que les corps arrondis, les billes, les sous, les dés, les jetons, et autres objets de ce genre sont éliminés spontanément par les voies naturelles, le plus souvent sans qu'il soit besoin d'intervenir. Il faut même se garder de donner des vomitifs ou des purgations : le mieux est d'abandonner les choses à leur évolution naturelle.

Il est plus difficile d'assigner des dimensions maxima aux objets qui peuvent, sans accident, parcourir le tube digestif. Ce qu'on peut dire c'est qu'on est surpris du volume de certains d'entre eux.

En somme, tout corps étranger qui a franchi le cardia passera sans peine dans toute la traversée abdominale pourvu, bien entendu, qu'il soit moussé, arrondi, sans angles, ni épines ; dans ces cas-là, il n'y a aucun traitement à conseiller, il n'y a qu'à attendre.

B. CORPS ÉTRANGERS DE PETIT VOLUME POINTUS OU TRANCHANTS. — Ici, ce sont les aspérités de l'objet et non son volume qui constituent le danger ; la prescription, faite pour la catégorie précédente, est encore plus formelle ; *il faut absolument s'abstenir de donner des vomitifs et des purgations* ; mais il est un remède populaire auquel on ne doit manquer d'avoir recours, c'est le gavage avec les purées. On fait ingérer des purées épaisses de pommes de terre, de riz, de haricots, de lentilles, de pain cuit et, en un mot, de tous les farineux qui laissent dans l'intestin un résidu considérable. Les Anglais font, en pareil cas, de véritables cures de pudding.

On pense que les arêtes tranchantes ou piquantes seront comme enrobées dans la bouillie alimentaire et parcourront ainsi le tube digestif sans en léser les parois.

Je ne suis pas bien convaincu de l'efficacité de ce mode de traitement un peu théorique, mais, dans tous les cas, on ne risque rien de l'employer ; et, de fait, Jalaguier a vu un enfant de dix ans rendre par les voies naturelles un morceau de verre triangulaire long de 5 centimètres et large de 1 centimètre à la base ; il avait été, pendant quarante-huit heures, gorgé de purée de pomme de terre et de panades épaisses.

Une malade, soignée par Dickson (1), avait avalé son ratelier. Après une cure de figues et de raisins secs, elle rendit, au bout de huit jours, le corps étranger, dont toutes les aspérités étaient recouvertes de graines de figues ; de plus, quelques paquets d'étope qu'on avait fait avaler à la malade s'étaient agglutinés aux crochets du ratelier et contribuaient à rendre sa surface à peu près mousse.

J'ajouterai, avec Jalaguier, que « malgré ce succès je ne me ferais pas à l'étope, qui, si elle vient à se pelotonner dans l'estomac ou dans l'intestin, est parfaitement capable de jouer, à son tour, le rôle d'un véritable corps étranger ».

En dehors de ce traitement, on ne doit intervenir que s'il survient quelque accident.

C. CORPS ÉTRANGERS VOLUMINEUX. — C'est pour cette catégorie de faits que la radiographie pourra rendre les plus grands services ; il est certain que les fourchettes enlevées par Labbé, Polaillon, Terrier, que les cuillers extirpées par Félizet, Périer, Heydenreich eussent pu être photographiées et reconnues en dehors de toute palpation ; aussi, avec ces procédés nouveaux d'investigation, on peut étendre le champ des indications opératoires.

Avant la découverte des rayons X, si le corps étranger n'était pas perceptible à la palpation et si sa présence ne donnait lieu à aucune complication, il était de règle de s'abstenir. On attendait, pour intervenir, « que des accidents aient apparus ». Il était, en effet, difficile de savoir au juste si l'objet séjournait dans l'estomac ou dans une autre portion du tube digestif ; maintenant qu'on peut aller à coup sûr, il faut opérer avant l'écllosion des accidents.

On trouvera, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, le travail de Hévin, qui formule déjà des indications opératoires, et je renvoie au livre de Poulet (2) et à la thèse de Collin (1875) pour tout ce qui touche à l'historique et à la statistique des opérations de ce genre.

Actuellement, on doit considérer que la gastrotomie est une opération d'une bénignité absolue. Faut-il discuter encore le point de

(1) DICKSON, *Edinb. Med. Journ.*, 1876.

(2) POULET, *Traité des corps étrangers*. Paris, 1879.

savoir si la laparotomie doit se faire sur la ligne médiane ou dans le triangle de Labbé? Je n'hésite pas, avec Terrier, Jalaguier et la majorité des chirurgiens, à conseiller l'incision sur la ligne médiane.

Précepte important : on tâchera d'attirer l'estomac au dehors et d'opérer à ciel ouvert, après avoir entouré l'organe et bordé les lèvres de l'incision avec des compresses aseptiques.

Une fois l'estomac bien isolé, on fera une large incision, de préférence avec le thermocautère, et on ne craindra pas de se donner du jour pour pouvoir extraire le corps étranger sans exercer la moindre violence.

L'incision porte, bien entendu, sur une région peu vasculaire et évite les vaisseaux apparents. Il reste ensuite à suturer l'estomac en renversant vers la cavité du viscère les bords de la plaie. Un premier surjet embrasse la muqueuse sans craindre de prendre un peu de musculature, puis, par une suture à la Lembert, on adosse les séreuses des deux bords sur une largeur d'un centimètre environ. La suture terminée il reste une saillie linéaire dans l'intérieur de l'estomac.

Cette fermeture hermétique est de règle absolue : au début, Labbé, Félizet avaient laissé à dessein une fistule gastrique qui persista fort longtemps.

Quand l'estomac n'est pas altéré, non seulement l'occlusion complète est de règle, mais tout drainage doit être proscrit.

Les jours qui suivent l'opération, on se bornera à faire avaler quelques morceaux de glace ; on calmera la soif avec de grands lavements et on prescrira une diète absolue de liquides et de solides pendant quarante-huit heures.

Si l'on est appelé auprès du malade alors que l'estomac a été perforé par le corps étranger, ce qui a donné naissance à une infection localisée autour du viscère, la conduite à tenir n'est pas la même. L'incision de la paroi abdominale doit porter au centre même de l'abcès, au milieu du gâteau, et, lorsque le pus et le corps étranger ont été évacués, on se gardera de chercher à suturer l'orifice gastrique. Les manœuvres nécessitées par cette suture risqueraient de détruire la barrière protectrice qui limite l'infection ; on se bornera donc à tamponner légèrement avec de la gaze et, presque toujours, on verra la plaie stomacale se fermer spontanément les jours suivants.

## II. — CANCERS DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM.

Il n'est pas question ici des cancers qui siègent au cardia et l'oblitérent. Ce sont, à proprement parler, des cancers de l'œsophage, et même, s'ils siègent sur l'estomac, le fait seul qu'ils touchent au cardia pour l'obstruer leur donne l'allure clinique et comporte les

indications thérapeutiques des rétrécissements néoplasiques de l'œsophage (1).

Il faut séparer en deux classes les cancers de l'estomac, suivant qu'ils intéressent une des faces de l'estomac ou la région pylorique. Au point de vue chirurgical, cette distinction est capitale, les premiers ne relevant que de la gastrectomie.

Pour ce qui concerne l'anatomie pathologique, l'étiologie et l'histoire des cancers de l'estomac, je renvoie au *Traité de médecine* de Brouardel (2) ; je ne parle ici que de la clinique, du diagnostic et des indications thérapeutiques chirurgicales.

**Étude clinique.** — Rien n'est plus variable que l'aspect clinique du cancer de l'estomac. Une des principales causes de ces différences symptomatiques tient au siège de l'épithélioma. L'âge joue aussi un grand rôle : le vieillard réagit peu et l'on n'est pas surpris de voir chez lui l'affection évoluer sans fracas, mais il en est de même pour les sujets de trente ans et au-dessous ; on ne songe pas au cancer à cet âge, ce qui est déjà une cause d'erreur, mais, de plus, chez les jeunes sujets, l'estomac peut être profondément atteint sans qu'il y ait ni vomissements, ni hématomésés, ni tumeur, ni cachexie ; et pourtant, comme pour les cancers de tous les autres organes, la rapidité de la marche est en raison directe de la jeunesse du malade.

C'est au pylore que se rencontre le plus souvent le cancer ; 60 fois sur 100, dit Orth, 66 fois sur 100, dit Mathieu, en se fondant sur une statistique comprenant 662 cas, empruntés à divers auteurs. La petite courbure est, après le pylore, le plus souvent atteinte ; 10 fois sur 100, seulement, l'épithélioma siège sur la grande courbure ou les faces.

La grande caractéristique anatomique du cancer pylorique est l'énorme *dilatation de l'estomac*, qui peut atteindre des proportions extraordinaires comme dans la figure 26, et la caractéristique clinique est le *vomissement*. En un mot, ce qui domine, dans l'histoire de cette affection, ce sont les signes de sténose ; c'est pour cela que les cancers latents, qu'on rencontre dans les autopsies, occupent toujours la petite courbure ou les faces de l'estomac.

Un certain nombre de signes fonctionnels peuvent pourtant exister dans le cancer en plaques ; d'abord tous les phénomènes subjectifs de dyspepsie, l'anorexie générale ou élective, c'est-à-dire portant sur tous les aliments sans distinction, ou seulement sur un seul, la viande ou le vin par exemple ; la douleur avec ses irradiations variées et son exacerbation par l'ingestion des aliments, les hématomésés et les vomissements alimentaires ou pituités, enfin, les troubles intestinaux et surtout la constipation due à la diminution de l'alimentation. De même, les signes physiques peuvent être observés dans le cancer non

(1) Voy. l'article de M. Michel Gangolphe, vol. VI de ce *Traité*.

(2) Voy. l'article de MM. G. HAYEM et G. LION, t. IV, p. 470.