

d'une tumeur de l'ovaire, tandis que ces dernières recouvrent toujours une tumeur rénale encore peu volumineuse. Mais avant tout la tumeur du rein, dès qu'elle apparaît dans la région lombaire, offre des relations caractéristiques avec certaines parties de l'intestin qui viennent s'appliquer solidement sur sa face antérieure et se souder en quelque sorte avec elle. Les tumeurs volumineuses du rein droit refoulent à gauche le côlon ascendant et le cœcum qui viennent se placer à leur côté interne. Les tumeurs du rein gauche sont en relation en avant avec le côlon descendant. Lorsque ces portions d'intestin sont remplies de gaz, il est facile de constater leur présence. Si ce n'est pas le cas, et que l'on sente au devant de la tumeur un corps large de forme rubanée, on pourra remplir l'intestin de gaz ou de liquide au moyen d'un long tube introduit jusqu'à l'S iliaque. Ce moyen réussit surtout lorsque la tumeur est à gauche, mais peut également donner de bons résultats lorsqu'elle siège à droite, en facilitant la connaissance des rapports de l'intestin avec la tumeur.

Nous avons déjà discuté plus haut la question de la ponction comme moyen de diagnostic de ces tumeurs. Enfin rappelons encore une fois ici que dans les cas de tumeurs très volumineuses, d'adhérences etc., les difficultés peuvent s'accumuler au point qu'il est tout à fait impossible de poser un diagnostic sûr. Ce qui le prouve suffisamment, ce sont les tentatives d'extirpation de tumeurs rénales faites souvent, nous l'avons vu, à la suite d'erreurs de diagnostic.

IV. MALADIES CHIRURGICALES DU TUBE GASTRO-INTESTINAL

1. CORPS ÉTRANGERS DU TUBE DIGESTIF.

§ 62. — Lorsqu'un corps étranger est parvenu dans l'estomac sans avoir causé des lésions sur son passage le long de l'œsophage (voir le chapitre sur les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, tom. I^{er}, § 91 et suivants), deux cas peuvent se présenter : ou bien le corps étranger chemine le long du tube digestif pour apparaître finalement dans les selles, ou bien il se trouve arrêté sur un point quelconque de son trajet. Dans cette seconde alternative il peut séjourner longtemps dans l'intestin et en amener la dilatation, l'inflammation catarrhale, l'ulcération ; quelquefois aussi il perfore l'intestin qui, le plus souvent, a préalablement contracté des adhérences avec les parois abdominales ou avec un organe recouvert par le péritoine. Dans certaines conditions des abcès peuvent se former soit dans l'intérieur de l'organe vers lequel s'est faite la perforation, soit dans les parois abdominales ; dans ce dernier cas l'abcès finit

par s'ouvrir à l'extérieur, et le corps étranger est souvent éliminé au dehors avec le pus. Nous ne ferions que répéter ce que nous connaissons déjà si nous voulions énumérer les divers corps étrangers qui peuvent pénétrer dans le tube digestif et décrire leur sort ultérieur en relation avec leurs caractères physiques. Nous nous contenterons de signaler ici le fait très remarquable que des corps étrangers volumineux, tels que des fourchettes ou des lames de couteau, etc., ont pu sortir par le rectum ou être éliminés par des abcès de la région fessière, lombaire ou iliaque, ou de la paroi antérieure de l'abdomen. Mentionnons également la possibilité de la pénétration d'un corps étranger dans la vessie après soudure de cette dernière avec l'intestin.

Les points de l'intestin au niveau desquels les corps étrangers sont arrêtés de préférence, sont ceux qui présentent une forte inflexion ou un rétrécissement en forme de valvule. Telle est avant tout la **région du cœcum**. Dans cette partie de l'intestin on observe souvent aussi une accumulation d'un grand nombre de petits corps étrangers, par exemple des noyaux de cerises constituant par leur mélange avec les matières fécales une sorte de tumeur, qui peut mettre obstacle à la progression des masses stercorales situées au-dessus d'elle. Dans d'autres cas, de petits corps étrangers pénètrent dans l'appendice vermiforme et y sont le point de départ des processus inflammatoires décrits antérieurement.

Il ressort de notre exposé du traitement des corps étrangers de l'œsophage qu'en général, lorsque ces derniers sont parvenus dans l'estomac, on ne doit plus songer à tenter leur extraction par les voies naturelles. Les petits corps étrangers, tels que des pièces de monnaie, des balles, etc., cheminent facilement le long du tube intestinal, et le plus souvent arrivent au bout de quelques jours à l'extérieur sans provoquer d'accident. Il suffit de faire prendre au malade des aliments mucilagineux ou ayant la consistance d'une bouillie, destinés à envelopper le corps étranger ; on se gardera bien de provoquer par des purgatifs des mouvements péristaltiques qui seraient inutiles et dangereux. Les objets plus volumineux tels que des dentiers, des fourchettes, des lames de couteaux, etc., ne sont guère accessibles à nos instruments ; cependant on est parvenu quelquefois à retirer par la bouche des corps étrangers de ce genre à l'aide du panier de Græfe ou d'autres instruments analogues (on a souvent aussi conseillé dans ce but des instruments en forme de lithotriteurs). Par contre il est du devoir du médecin d'enlever par la pompe stomacale les substances toxiques avalées par le malade, et de pratiquer ensuite le lavage de l'estomac avec de grandes quantités d'eau.

Quelque fois, cependant, le séjour de corps étrangers volumineux dans le tube gastro-intestinal provoque des phénomènes graves, et leur extraction devient alors très désirable. Ce sont surtout les corps étrangers de l'estomac qui ont été déjà souvent l'objet de discussions, et dans un cer-

tain nombre de cas l'intervention opératoire a été couronnée de succès. Dernièrement encore, SCHOENBORN a extrait de l'estomac d'une jeune fille une grosse tumeur qui se trouva être formée d'un peloton de cheveux. Ce cas n'est point isolé, du reste, car SCHOENBORN a pu recueillir un certain nombre d'observations de corps étrangers de cette nature qui n'avaient été reconnus qu'à l'autopsie. La jeune fille avait, à l'école, en commun avec d'autres élèves, avalé des fragments de tresses de cheveux dans le but de s'éclaircir la voix ! Lorsque l'intestin a déjà contracté des adhérences avec le péritoine pariétal, ou que même un phlegmon des parois abdominales indique le point choisi par le corps étranger pour se faire jour à l'extérieur, l'opération est alors des plus simples et consiste dans l'incision du phlegmon et l'extraction du corps qui en a été le point de départ. Il en est tout autrement dans les cas où le corps étranger est encore libre dans l'intérieur du tube gastro-intestinal. Il s'agit alors, en effet, d'ouvrir la cavité abdominale, de découvrir la partie de l'intestin qui contient le corps étranger, et après l'avoir incisée, d'extraire ce dernier tout en ayant soin d'empêcher la pénétration de substances alimentaires dans la cavité péritonéale. L'opération terminée, on fermera, si possible, par des sutures la plaie de l'intestin, puis celle des parois abdominales. On désigne sous le nom d'**entérotomie** les opérations dans lesquelles on incise l'intestin après avoir ouvert la cavité abdominale; la même opération pratiquée sur l'estomac porte le nom de **gastro-tomie**¹.

§ 63. — D'après une statistique de KAISER (CZERNY, contributions à la chirurgie opératoire), sur 13 malades opérés pour des corps étrangers de l'estomac, 11 ont guéri. Bien que parmi ces opérés il y en ait un certain nombre dont l'estomac était déjà adhérent aux parois abdominales, et d'autres chez lesquels il a suffi d'inciser un abcès pour voir apparaître le corps étranger, cette statistique n'en prouve pas moins que même dans d'autres conditions, c'est-à-dire en l'absence d'adhérences de l'estomac avec la paroi abdominale, la gastrotomie pratiquée dans le but d'extraire des corps volumineux qui n'ont pas encore franchi le pylore, est loin de donner de mauvais résultats. Néanmoins il importe pour le moment de ne pas se décider trop promptement à une opération, et de n'intervenir que lorsque le séjour d'un gros corps étranger dans l'estomac provoque de bonne heure des symptômes graves, ou qu'après une longue expectation on n'a pas constaté son passage dans l'intestin. La gastrotomie s'impose surtout lorsqu'il s'agit d'extraire des instruments pointus, capables de blesser les parois de l'estomac (couteaux, fourchettes, etc.), et que l'on a réussi à constater leur présence dans la cavité stomacale. L'espace

1. En France on désigne plus spécialement sous le nom d'entérotomie l'opération pratiquée sur les deux bouts de l'intestin dans le but de guérir un anus contre nature en rétablissant le cours naturel des matières stercorales.

(Note du trad.)

de temps écoulé entre ces diverses opérations et le moment de la pénétration du corps étranger dans l'estomac, a varié depuis trois jours jusqu'à deux ans et demi. Le malade opéré dernièrement par LABBÉ a fait beaucoup de bruit parmi les médecins, et dans le public en général. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait avalé une fourchette; LABBÉ en fit l'extraction au bout de 2 ans par la gastrotomie. Malgré ce long séjour du corps étranger et malgré les diverses tentatives faites en vue de provoquer, au moyen de caustiques, des adhérences de l'estomac avec le péritoine pariétal, on n'était pas parvenu à obtenir le résultat désiré.

Lorsqu'il s'est développé un abcès ou que l'on sent le corps étranger à travers la paroi abdominale chez des sujets maigres, on pratique l'incision dans les points qui s'imposent ainsi à l'opérateur. Dans tout autre cas on opère suivant la méthode décrite plus loin.

Quant aux gastrotomies pratiquées dans le but d'alimenter le malade par l'établissement d'une **fistule stomacale**, elles ont donné jusqu'à présent des résultats beaucoup moins favorables que celles qui ont pour but l'extraction de corps étrangers. Les **indications de la gastrotomie** sont :

1° Les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

2° Les néoplasmes de l'œsophage, surtout les carcinomes.

3° Les corps étrangers fixés solidement dans l'œsophage et rendant impossible l'alimentation par la bouche.

Dans la majorité des cas l'opération a été pratiquée sur la seconde indication, c'est-à-dire que l'on avait affaire à des **rétrécissements carcinomateux de l'œsophage**.

Dans le premier volume de cet ouvrage (p. 731), à propos de l'étude du carcinome de l'œsophage, nous nous sommes déjà élevé d'une manière générale contre cette opération, et nous n'avons qu'à répéter ce que nous disions alors. La gastrotomie ne doit être pratiquée que dans les cas de rétrécissements très étroits de l'œsophage, qui ne peuvent être dilatés et ne sont pas justiciables de l'œsophagotomie. Les malades qui se trouvent dans ces conditions sont pour la plupart affectés de carcinome de l'œsophage ou du pharynx. Mais on ne devra leur proposer l'opération que dans les cas d'impossibilité absolue de continuer l'alimentation par la voie buccale, car aussi longtemps que cette dernière est encore possible, il est très rare que le malade consente à l'établissement d'une fistule stomacale. Aussi n'a-t-on guère l'occasion d'opérer que des individus déjà épuisés à tel point que souvent ils ne peuvent supporter une intervention chirurgicale qui, cependant, ne paraît pas être très grave. Les **gastrotomies** qui ont été pratiquées dans ces dernières années, ont, il est vrai, donné de meilleurs résultats grâce aux améliorations apportées au manuel opératoire. BLUM en a rassemblé 131 cas, sur lesquels 85 opérés ont succombé avant le vingtième jour, tandis que les 46 autres ont survécu plusieurs mois à l'opération. Dans 106 cas c'est un carcinome qui a fourni l'indication de la gastrotomie; 25 opérés seulement ont survécu pendant un temps variant entre trois et huit mois. Dans 25 cas l'opération a été prati-