

Dans le cas contraire on devra recourir à la sonde à demeure pour porter dans l'estomac les liquides alimentaires. La sonde à demeure est « placée dans le nez ou la bouche, elle est parfois intolérée; introduite par la plaie opératoire, elle est mieux supportée, mais elle gêne la cicatrisation, permet parfois le reflux des matières et doit être promptement supprimée, avant le 4^e ou le 5^e jour. Il sera le plus souvent possible, d'ailleurs, d'introduire sans fausse route, pour les deux repas de la journée, une sonde molle. C'est à ce parti que plusieurs opérateurs se sont arrêtés, devant l'intolérance du malade pour la sonde à demeure. »

Nous le répétons avec intention : notre description d'œsophagotomie est toute « platonique » ; nous n'avons jamais pratiqué, ni vu pratiquer, l'œsophagotomie sur l'enfant vivant. Tout ce que nous tenions à faire, c'était énumérer les difficultés que nous avons trouvées, en médecine opératoire. Ces difficultés sont le fait, d'abord, des organes qui sont là nombreux, menus, au contact, et qu'il faut à tout prix respecter. L'abondance du tissu grasseux doit aussi entrer en ligne de compte, ainsi que la présence du thymus et d'un chapelet ganglionnaire dont les grains sont parfois énormes.

Il faut encore compter, sur le vivant, sur des difficultés nouvelles qui sont fonction des complications de péri-œsophagite qu'a pu déterminer le corps étranger.

II. *Œsophagotomie thoracique.* — Quand le corps étranger occupe le thorax, quand il est trop bas pour être extrait par œsophagotomie cervicale, trop haut pour être justiciable d'une gastrotomie, on est en droit de tenter, comme ultime ressource, l'œsophagotomie thoracique.

C'est Ivan J. Nasiloff (1888), qui proposa le premier de pratiquer la taille œsophagienne dans le médiastin postérieur. Trois ans plus tard, Quénu et Harthmann ont montré que pareille intervention était possible sans grands délabrements, à condition de pénétrer par le côté latéro-vertébral gauche. Potarca (1895) conseille d'aborder l'œsophage par le côté droit. Mais Forgue, qui pratiqua le premier l'opération sur le vivant, se range à l'opinion de MM. Quénu et Harthmann.

Nous nous bornons à résumer ici l'intéressante observation de Forgue :

« Il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui avait avalé un gros sou, trois mois auparavant.

Un de nos confrères avait vainement tenté l'extraction du corps étranger avec le panier de de Græfe : l'alimentation était devenue difficile, la déglutition douloureuse, et l'enfant ne s'alimentait que de lait; il avait considérablement maigri et pâli, accusait une douleur thoracique profonde, avait des accès de suffocation et de fréquentes crises de toux quinteuse, après lesquels il expectorait des crachats muco-purulents striés de sang; il présentait des signes de bronchite, surtout marqués à droite, et l'on trouvait de ce côté une zone de submatité pulmonaire; des vomissements alimentaires, auxquels se mêlaient des traces de sang, venaient compliquer le tableau.

Les radiographies montraient le sou fixé au niveau du sixième espace intercostal, franchement à droite de la silhouette des corps vertébraux. L'enfant fut couché sur le côté gauche, un coussin roulé glissé sous le thorax, la tête un peu inclinée en avant; je fis une incision verticale de 14 centimètres, sur l'angle des côtes entre la ligne épineuse et le bord spinal de l'omoplate, le milieu répondant à un travers de

pouce au-dessous de l'épine scapulaire. En trois coups, l'incision fut, à travers les masses musculaires, conduite jusqu'à la surface des côtes.

Les 6^e, 5^e, 4^e côtes furent dénudées à la rugine, de part et d'autre de l'angle, sur une étendue de 5 centimètres et réséquées. Le thorax était ainsi ouvert par une brèche qui me permit d'introduire les doigts sous le bord interne de la fenêtre thoracique, et de commencer le décollement de la plèvre pariétale. Je sentis très nettement la saillie mince du bord droit du sou enclavé au bout de mes doigts à une profondeur de 8 centimètres environ.

Je voulus poursuivre le dégagement de l'œsophage. Manœuvre infructueuse : l'œsophage devint mobile en avant; il me fut impossible à partir de ce moment de palper le contact du rebord du sou, impossible aussi de retrouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre. Mes tentatives durent cesser parce que l'enfant, depuis quelques instants, présentait des troubles d'asphyxie.

Les suites furent aseptiques et simples.

A 12 jours de là, je décidai une nouvelle tentative, mais je voulus préalablement essayer l'extraction par les voies naturelles : la thoracotomie faite antérieurement, et dont la brèche avait été maintenue par le tamponnement iodoformé, me paraissait une garantie rassurante vis-à-vis des infiltrations septiques dans le médiastin, s'il arrivait que l'extraction forcée fût suivie d'une perforation œsophagienne; d'autre part, je comptais, dans le cas où le chargement du corps eût présenté des difficultés, l'aider et contrôler par l'introduction des doigts dans la brèche : je n'eus pas besoin de ce dernier secours, j'arrivai à charger le sou sur le panier et à l'amener au dehors par une traction forte. » (Forgue.)

Gastrotomie. — Richardson a eu l'occasion d'extraire un corps étranger de l'œsophage par gastrotomie. On pourrait au besoin pratiquer concurremment une œsophagotomie cervicale.

Dans une observation de J. Bull (1887) le corps étranger ne put être extrait par l'estomac. Le corps fut repoussé de bas en haut avec une éponge; on lui fit exécuter, mais à rebours, le voyage qu'il avait déjà effectué. On put le saisir, avec les doigts, quand il apparut dans la cavité buccale.

V. — CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Anatomie et physiologie pathologiques. — L'anatomie de l'estomac présente quelques particularités intéressantes chez l'enfant, où, contrairement à ce qui se passera plus tard, la grosse tubérosité est mal dessinée, tandis que la région qui précède le pylore (antre pylorique) a un développement relativement considérable. De plus, l'estomac se cache sous le foie, volumineux chez les jeunes sujets, et il ne contracte aucun rapport direct avec la paroi abdominale. Un corps étranger pénètre dans l'estomac; il s'oriente du cardia au pylore s'il est de forme allongée; lourd et volumineux, il tombera au point le plus déclive du bord inférieur; chez l'adulte il n'eût pas manqué d'occuper le fond de l'estomac, en raison du développement de cette région. Les mouvements lents et doux de l'estomac expliquent assez la tolérance de l'organe à l'égard des corps étrangers : il supporte admirablement bien les obligations auxquelles il ne peut se soustraire.

Parfois le corps étranger détermine une péritonite plastique. La séreuse stomacale se soude au péritoine pariétal, ou encore au péritoine intestinal. Qu'une perforation se produise alors, précédée ou non d'un abcès? Nous

pourrons avoir l'élimination du corps étranger à la peau ou dans l'intestin, et nous assistons parfois à la formation d'une fistule, variable de pronostic et de durée.

D'autres fois, la séreuse n'a pas le temps de se protéger par des adhérences. L'estomac s'ulcère et laisse échapper le corps étranger dans la cavité péritonéale. Dans quelques cas, la paroi stomacale s'enflamme. Un abcès s'y développe, qui s'ouvre dans le péritoine ou qui fuse soit vers les côtes, soit dans le voisinage de l'ombilic.

Étiologie. — Les corps étrangers qu'on rencontre à l'estomac proviennent presque exclusivement de l'appareil digestif sus-diaphragmatique. Le plus souvent on rencontre des os, des noyaux, des cailloux, des pièces de monnaie. Nous avons vu aussi une anse de théière, une boule de jais, des grains de chapelet, des épingles. On a cité aussi, comme ayant été les hôtes de l'estomac, jusqu'à 100 limaces, des tritons, une douzaine de grenouilles. Tous ces animaux furent rendus par vomissement, vivants, au bout de quelques jours, de quelques semaines. Une jeune fille dont parle Schlegel « fut prise tout à coup d'accidents singuliers. Elle se précipite à terre, frappe autour d'elle des pieds et des mains et s'écria qu'il lui semblait qu'elle avait un petit chat dans le corps... Purgatifs, anti-spasmodiques... Quelques mois après, expulsion de deux grenouilles vivantes ». (?)

Berthold s'est livré à une critique sévère de tous ces faits étranges. Il a pu avoir en main, au musée de Göttingen, nombre d'animaux qui furent rejetés de cette façon. Il vit que l'intestin de ces batraciens contenait les substances diverses qui fourmillent dans les marécages. Il constata aussi que les grenouilles ne peuvent vivre dans l'eau portée à la température du corps humain. Or tous ces animaux avaient été expulsés par de jeunes garçons et par de jeunes filles. Rapprochons de ces faits l'histoire d'une femme qui, voulant mettre fin à ses jours, tenta d'avalier un amphibien (Bombinator), et fit plus tard l'aveu de son insuccès, et l'observation de Schlegel où la fillette se roule sur le sol, à grand renfort de cris et de gestes : voilà plus qu'il n'en faut pour montrer qu'il s'est agi de simulations et de supercheries hystériques.

Symptômes. — Le corps étranger est tombé dans l'estomac, souvent sans que l'enfant s'en aperçoive, parfois en annonçant son arrivée par du malaise et des phénomènes douloureux. Dès ce moment, on peut voir s'installer des signes nombreux : gêne épigastrique, douleurs au moment de l'ingestion des aliments et de leur digestion, douleurs que le malade cherche à calmer en gardant une immobilité complète; vomissements alimentaires, bilieux et parfois hémorragiques. Dans quelques cas même, les troubles respiratoires, les tendances syncopales, l'angoisse, l'insomnie, les convulsions font partie du tableau clinique. Mais, chez l'enfant, tous ces symptômes fonctionnels sont réduits au minimum. Parfois même aucun d'eux n'existe.

Explorons l'abdomen; sur l'enfant émacié qui nous arrive à l'hôpital, l'examen physique est facile. Une main est insinuée sous l'échine; le pouce de l'autre main palpe l'épigastre; assez souvent, il réveille la douleur, mais d'ordinaire il ne sent rien, car le foie s'interpose, comme une barrière, au-

devant de l'estomac; dans un cas pourtant, l'un de nous a pu, en s'aidant d'une succussion légère, percevoir le bruit que faisaient les anneaux d'une chaîne en glissant les uns sur les autres. En somme la palpation de l'estomac ne donne de renseignements que si le corps étranger est volumineux et s'il se dirige obliquement par rapport à l'axe de l'estomac. L'exploration de l'estomac, avec les appareils de Collin et de Trouvé, outre qu'elle est d'un manuel délicat, ne donne guère plus de renseignements. La percussion auscultée, les rayons de Röntgen surtout nous ont donné des résultats d'une certitude absolue.

Marche. — Trois éventualités peuvent se produire: 1° Le corps étranger reste en souffrance à l'estomac; il est d'ordinaire bien toléré, chez les enfants comme chez les aliénés. Un enfant, que nous avons vu, garde ainsi depuis 16 mois (octobre 1896) une chaîne de cuivre que l'eau chlorhydrique n'est pas parvenue à dissoudre. Gastellier vit un jeune homme de 16 ans conserver dans son œsophage un écu de 6 livres. Au bout de 10 mois, l'écu tomba dans l'estomac; il y resta 55 ans. Holmes et Brown, en pareille circonstance, ont vu la mort survenir par amaigrissement et inanition. 2° Le rejet du corps étranger par voie buccale (Adler) est exceptionnel, car il nécessite que le corps étranger se mette dans une position telle, qu'il puisse faire à rebours le chemin qu'il a déjà parcouru. 3° Le passage dans l'intestin est la terminaison la plus fréquente; on est toujours en droit de l'espérer, même avec les corps dont la forme et le volume sont tels, qu'ils semblent devoir rendre impossible le saut du pyllore: le corps étranger est projeté dans l'intestin, avec le bol de chyme qui l'englobe.

Complications. — Deux complications sont à craindre: les abcès et la perforation, qui peuvent survenir à plus ou moins brève échéance et prennent une marche tantôt aiguë, tantôt chronique.

On a vu un phlegmon apparaître 3 jours après l'ingestion d'un épi d'orge, s'ouvrir 10 jours plus tard à l'hypocondre droit, fuser jusqu'à l'aîne, y déterminer un trajet fistuleux et des douleurs qui ne cessèrent qu'avec le rejet du corps du délit. La perforation se produit parfois sans abcès: une alène traverse l'estomac, la paroi abdominale: on la « cueille » à l'épigastre. Dans quelques cas, cette perforation s'accompagne d'adhérences: une fillette de 11 ans qui mourut de convulsions avait une aiguille implantée depuis 18 mois, partie dans l'estomac, partie dans le foie. Mais le plus souvent un abcès se forme; il s'ouvre dans le péritoine et provoque une inflammation mortelle, ou dans un viscère tel que le côlon ou même à la peau: une fistule gastrique est constituée dont le sort est souvent lié à l'élimination du corps étranger.

Pronostic. — Les éléments du pronostic sont fournis par l'état du corps étranger. Toujours favorable quand il s'agit de corps petits et réguliers, souvent bénin quand le corps est petit, mais irrégulier, — bien que dans ces conditions on ait vu se produire des complications, — le pronostic sera toujours réservé quand il s'agit d'un corps volumineux, de forme irrégulière.

Diagnostic. — Nous avons retenu ce fait qu'à l'égard des corps étrangers qu'il contient, l'estomac est souvent d'un mutisme désespérant, chez l'enfant.

Signes fonctionnels, exploration physique, rien n'a pu nous éclairer. Nous n'avons qu'une ressource : les renseignements.

Défions-nous toutefois d'une mère nerveuse, impressionnable à l'excès. Une femme affolée vint un jour nous raconter qu'en quelques secondes une pièce de 2 francs posée sur un meuble avait disparu. A n'en pas douter, son enfant l'avait avalée : la pièce d'argent était à sa portée, et personne n'avait pénétré dans l'appartement. Notre crédulité fut surprise, d'autant plus que la fillette, suggestionnée par sa mère, accusait de violentes douleurs d'estomac. Un traitement fut institué quand, au bout de quelques jours, la maman retrouvait, sous un meuble, la pièce de monnaie tant cherchée.

Montrons-nous donc rigoureux à l'égard de tout renseignement : un bon commémoratif est capable, à lui seul, de sauver la situation. Ce fut le cas chez un enfant qui nous fut amené ; les parents, avec une grande sollicitude, nous faisaient part de leurs inquiétudes. Ils ne tarissaient pas de plaindre l'enfant et de se désoler sur eux-mêmes. A leur récit, l'enfant s'émotionne, il pâlit ; il ressent une douleur syncopale que suit le rejet immédiat des quelques noyaux qu'il avait avalés.

Traitement. — La prophylaxie des corps étrangers est tout entière à la portée des parents. Que la mère ne tolère jamais au tout petit de porter ses jouets à la bouche, que plus tard elle mette un prix à l'obéissance de l'enfant : les moyens ne lui manqueront pas pour se faire de lui un auxiliaire vigilant. Il mange du poisson que vous lui avez au préalable soigneusement épluché : éveillez sa cupidité ; tentez sa gourmandise. Promettez autant de bonbons ou de sous qu'il trouvera d'arêtes dans son assiette. Et vous verrez quel soin jaloux pour découvrir l'arête oubliée, quelle figure dépitée quand ses recherches auront été vaines ! C'est là le procédé de la « prime aux arêtes », comme l'un de nous l'appelle volontiers.

Le traitement curatif des corps étrangers de l'estomac varie avec la nature du corps étranger, son volume, l'état de sa surface, et aussi avec la gravité des accidents qu'il provoque.

A. — En thèse générale, quand on a le temps devant soi, il faut évacuer le corps étranger par l'intestin : le vomitif, dangereux et inefficace quand le corps est muni d'aspérités, n'est indiqué que dans un cas : c'est quand une intoxication est à craindre, et en pareille circonstance on doit encore donner la préférence aux lavages de l'estomac.

1° Le corps est digestible ? l'abstention thérapeutique presque complète sera de règle. On permettra une alimentation légère ; on conseillera la limonade chlorhydrique qui viendra en aide à l'estomac.

2° D'autres fois, le corps étranger peut causer une gêne mécanique. Les accidents ne pressent pas, bien que l'enfant ait avalé un sifflet, un morceau de verre, un crayon. Prescrivez les panades, les bouillies, les purées de pommes ou de haricots, les choux... tous corps qui donnent des résidus abondants, capables d'enrober le corps étranger, et de l'entraîner dans l'intestin. Pour faciliter la progression de ce corps, quelques auteurs conseillent de placer l'enfant dans le décubitus latéral droit (position pylorique).

5° Dans quelques cas on craint une intoxication. Il s'agit d'un petit jouet dont la couleur était due à un produit arsenical. Les lavages de l'estomac sont indiqués à l'exclusion de tout autre moyen ; on les fera suivre de la prise d'une panade. Ajoutons d'ailleurs qu'avec maint objet de plomb, de cuivre, avalé par des enfants, nous n'avons jamais vu se développer le moindre accident¹.

B. — Quand temporiser n'est plus permis, quand le volume du corps étranger est incompatible avec son expulsion simple par la voie intestinale, la gastrotomie demande à être discutée. Elle n'a été que rarement pratiquée, chez l'enfant, pour corps étrangers. La 1^{re} observation est celle de Daniel Schwaben (1655), qui opéra avec succès un jeune paysan du nom d'André Gruheide, pour extraire un couteau resté dans l'estomac depuis 6 semaines. La 2^e observation est bien plus récente. C'est celle d'un étudiant en médecine qui, en 1856, montra à Caizergues, doyen de la Faculté de Montpellier, une cicatrice datant de sa jeunesse et qui restait le témoin d'une gastrotomie pratiquée pour l'ablation d'une fourchette. Jusqu'en 1877, la gastrotomie n'a plus d'adeptes ; depuis elle a été pratiquée un petit nombre de fois. Parmi les dernières opérations nous citerons celles de Rémy (1894), de Robson (1894)², de Alex (1896).

En 1882, l'un de nous avait eu l'occasion de pratiquer la gastrotomie chez un jeune homme de 19 ans.

Il commença par introduire dans l'estomac, par les fosses nasales, un tube de Faucher qui sert d'abord à pratiquer un lavage de l'estomac³ et qu'ensuite on relie à un ballon plein d'éther. L'incision abdominale, oblique en bas et à gauche, représente la bissectrice de l'angle formé par la ligne blanche et le rebord costal gauche. Elle est longue de 5 à 6 centimètres. Son extrémité supérieure reste à deux doigts de l'appendice xyphoïde. La peau, l'aponévrose antérieure du grand droit, le muscle, le feuillet postérieur de sa gaine sont sectionnés. L'hémostase est assurée. A ce moment, un aide plonge le ballon d'éther dans l'eau à 60 degrés ; l'éther vaporisé distend l'estomac qui se développe entre le foie et le côlon, et vient au contact du péritoine pariétal à travers lequel on l'aperçoit par transparence. Le péritoine est alors sectionné sur la sonde cannelée ; ses deux lèvres s'écartent, en ménageant une fenêtre que vient combler la convexité de l'estomac distendu ; 8 ou 10 fils sont passés ; ils adossent paroi stomacale et paroi abdominale ; ils se tiennent en dehors de la muqueuse ; ils empiètent d'un bon centimètre sur la paroi abdominale. Assurons-nous de l'affrontement exact

(¹) VARIOZ a cependant vu un enfant d'un an présenter des phénomènes d'intoxication saturnine après l'ingestion d'un de ces blocs métalliques, à base de plomb, qui servent à fabriquer les caractères d'imprimerie. L'enfant mourut dans les convulsions, le lendemain de la gastrotomie qui fut pratiquée par RÉMY.

(²) Robson retira de l'estomac d'une fillette de 10 ans, 42 clous de jardin de 4 centimètres de long, 93 petits clous en cuivre et en étain de 1 à 2 centimètres de long ; 12 gros clous, dont quelques-uns à tête de cuivre ; 5 boutons de chemise, une épingle double et une aiguille de machine à coudre. De plus, le lendemain de l'opération, la malade vomit une épingle ; le surlendemain elle rendit 3 gros clous et 2 petits ; le troisième jour après l'opération, elle rejeta par la bouche une plume d'oiseau. Enfin, pendant une période de 20 jours on trouva encore, dans ses matières fécales, une aiguille, 1 bouton de chemise, 30 gros clous, 8 petits et une plume métallique.

(³) Il faut avoir soin de faire ressortir tout le liquide stomacal pour ne pas souiller le champ opératoire, au moment de la taille stomacale.

des deux séreuses pariétale et viscérale; laissons s'échapper les vapeurs d'éther qui distendent l'estomac. L'estomac s'affaisse. S'affaisse-t-il sans qu'un godet se constitue, entre deux points de suture, voilà le vrai critérium de la suture solide et régulière¹. Distendons l'estomac de nouveau. C'est le moment de l'ouvrir et de retirer le corps étranger. Dès lors on peut refermer l'estomac en suturant sur deux plans muqueuse et musculuse.

Le caractère fondamental d'une opération ainsi pratiquée, c'est d'être une opération *extra-péritonéale*. En procédant comme nous l'avons dit, on n'a plus à insinuer le doigt entre le foie et le gros intestin, à aller accrocher la petite courbure, profondément, contre le rachis, à attirer péniblement l'estomac. C'est l'estomac qui, de lui-même, vient au-devant de l'opérateur; il s'offre à la suture qui mettra le péritoine à l'abri d'une infection toujours possible, lors des manœuvres de dégagement du corps étranger.

Un tel manuel opératoire nous rendit grand service, à l'époque où l'on avait la terreur du péritoine. Il serait encore avantageusement employé dans une opération d'urgence, avec un outillage restreint, un aide inexpérimenté, un milieu insuffisamment aseptique.

La technique moderne de la gastrotomie s'est simplifiée. Voici le schéma de l'intervention contemporaine :

Quand on sent le corps étranger, on sectionne la paroi abdominale au niveau de la saillie qu'il détermine.

Dans le cas contraire, on fera l'incision médiane² jadis préconisée par Vidal de Cassis. Sur la ligne blanche, la paroi abdominale est mince; on la sectionne sans qu'elle saigne notablement. Quatre pinces repèrent le péritoine. C'est à travers une boutonnière qui cède facilement à la traction des écarteurs que les doigts vont rechercher l'estomac. L'estomac est derrière le foie, parfois masqué par le colon transverse. On le saisit avec une pince à griffes. Le voilà attiré au dehors. Assurons-nous que c'est bien lui que nous tenons. A distance des deux courbures, c'est-à-dire aussi loin que possible des gros vaisseaux, déterminons sa ligne d'incision. Un fil est passé à chaque extrémité de cette future incision, dans la séro-musculaire³. Des compresses stérilisées cernent l'estomac et s'opposent à toute effusion de son contenu dans le péritoine. C'est le moment de l'inciser. On sectionne d'abord la séreuse et la musculuse. La muqueuse, lâchement adhérente, est à nu par sa face profonde; on la sectionne et, pour l'entr'ouvrir, on jalonne de quatre fils sa surface de section. Les doigts explorent prudemment la cavité du viscère; ils cherchent le corps étranger; ils déterminent sa présentation; ils modifient son engagement en s'aidant d'une pince au besoin; le dégagement est assuré de la sorte.

Il reste à pratiquer la gastrorrhaphie. On coud la muqueuse avec un surjet de catgut. Ce surjet, à points rapprochés et doucement tendus, est hémostatique; trop lâche, il ouvre une porte à l'infection; brutalement serré, il

(¹) Au cas où le godet se formerait, l'estomac serait distendu de nouveau, pour permettre le passage d'un fil de renfort qui corrigerait la suture.

(²) L'incision oblique gauche est préférable si l'on veut établir une bouche stomacale.

(³) Ces fils serviront à maintenir le viscère en dehors de la cavité péritonéale.

coupe la muqueuse et ne sert de rien. Par-dessus cet étage muco-muqueux, on jette une suture d'adossement comprenant et la musculuse et la séreuse (suture de Lembert).

Il ne reste plus qu'à réduire l'estomac et à reconstituer la paroi abdominale avec 2 ou 3 plans de sutures (plan péritonéal, plan des aponévroses et des muscles, plan cutané).

Le petit malade est mis à la diète pendant 4 à 5 jours, et au lait pendant 6 à 8 jours. On reviendra très progressivement à l'alimentation ordinaire.

Quand la paroi stomacale est enflammée ou prête à se perforer, et seulement alors, on établit une fistule gastrique qu'on guérit secondairement par avivement et suture, comme l'a fait Charon (1892).

Dans un second groupe de faits, le corps étranger a déterminé des complications. On est appelé pour ouvrir un abcès. Par cet abcès, qui souvent communique avec l'estomac, peut s'éliminer le corps étranger.

S'il arrive qu'en voulant pratiquer son extraction, on ouvre l'estomac, le mieux serait de libérer l'orifice stomacal et de l'invaginer.

Pareille conduite serait dangereuse si les bords de l'orifice étaient enflammés. On serait réduit alors à faire la toilette méticuleuse du péritoine, et à établir une fistule gastrique.

VI. — CORPS ÉTRANGERS DE L'INTESTIN

Anatomie et physiologie pathologiques. — L'intestin de l'enfant est relativement plus long et plus capace que celui de l'adulte; il commence par un duodénum annulaire dont la circonférence est située sur un plan frontal. Il se continue par le jéjunum et l'iléon. Ce dernier segment est parfois porteur d'un diverticule de Meckel où peuvent s'abriter les corps étrangers les plus variés. Puis c'est le cæcum et l'appendice qui, chez le nouveau-né, forment un segment unique, en entonnoir, oblique en haut et à gauche. Chez les tout petits, le cæcum est situé très haut, sous le foie, devant le rein. A mesure que le développement se poursuit, ce segment de l'intestin se modifie; aux dépens de ses faces externe et antérieure, se constitue le fond du cul-de-sac, au point qu'occupait jadis l'appendice; l'appendice voit par là même son insertion reportée à l'union des faces postérieure et interne du cæcum. C'est maintenant un simple diverticule; c'est presque un organe à part, qui s'est différencié aux dépens de l'organe unique qui constituait plus tôt l'origine du gros intestin. En même temps, le cæcum descend; il quitte sa position haute pour venir se placer à la région lombaire, à 6 ou 7 centimètres de l'arcade de Fallope, et pour arriver plus tard à s'enclaver dans l'angle dièdre que forment la paroi abdominale et la fosse iliaque interne. L'appendice se dirige en bas et en dehors, dans près de la moitié des cas.

Au cæcum fait suite le gros intestin, qui ne porte pas, chez l'enfant, d'appendices épiploïques: ce petit détail a sa valeur opératoire. Une anse longue et mobile le termine, c'est le colon ilio-pelvien. Le point le plus déclive du colon n'est donc pas à la fosse iliaque gauche, comme on l'a dit