

dans la plupart des cas, c'est une laryngectomie qui a conduit à une œsophagectomie partielle, tandis que les cas où la résection a été tentée pour un cancer primitif et limité de l'œsophage sont excessivement rares (œsophagectomie primitive).

Qu'elle soit donc primitive ou secondaire, l'œsophagectomie est toujours une opération exceptionnelle, ce qui est dû, comme il serait facile de le démontrer, aux trois raisons suivantes :

1° A ce que l'œsophage n'est pas accessible chirurgicalement dans tout son parcours ;

2° A ce que la portion la plus facilement accessible (peut-être même la seule accessible) est justement celle où le cancer se développe le plus rarement ;

3° A ce qu'il est nécessaire, pour que l'intervention soit légitimée, que l'état général du malade soit bon et que la lésion soit limitée aussi strictement que possible à l'œsophage.

Marwedel, en analysant rigoureusement les observations parues, n'a trouvé que sept cas dans lesquels l'opération a pu se borner à une résection annulaire de l'œsophage. Aussi n'est-il pas encore possible de juger de la valeur de cette opération. Jusqu'à présent les résultats sont peu brillants, il faut en convenir, car sur ces sept cas, trois sont morts des suites de l'opération. En voici du reste le détail :

Czerny, survie de treize mois ;

Von Langenbeck, mort des suites de l'opération ;

Von Bergmann, mort des suites de l'opération ;

Novaro, mort de récurrence au bout de sept semaines ;

Billroth, mort des suites d'une « fausse route », sept semaines après l'opération ;

Mikulicz, survie de onze mois ;

Von Hacker, mort des suites de l'opération.

A ces sept cas, Marwedel en ajoute un huitième opéré par Czerny. Cinquante-trois jours après l'intervention, la plaie était complètement fermée, l'opéré quitta l'hôpital. Elle pouvait déglutir des bouillies, mais il fallait passer la sonde chaque jour pour empêcher la formation d'un rétrécissement.

Malgré ces chiffres, nous estimons que l'œsophagectomie hâtive est parfaitement indiquée : malheureusement, le diagnostic n'est ordinairement établi qu'à une période déjà ancienne de la maladie.

En pareil cas, autrement dit quand il s'agit d'une œsophagectomie tardive, nous conseillons l'abstention ou du moins la gastrostomie.

Il faut convenir que cette dernière opération, simplement palliative, paraît préférable à l'extirpation de « la partie supérieure de l'œsophage, du larynx, d'un goitre, d'une partie du sympathique, etc. », extirpation qui ne peut même pas avoir la prétention d'être radicale.

L'opéré ne peut être nourri que par une sonde passée à travers la brèche faite aux parties molles du cou. Sans doute, on a essayé d'amé-

liorer cette situation au moyen de l'œsophagoplastie, en reconstituant, au moyen de lambeaux cutanés pris au cou, le segment réséqué de l'œsophage. (Van Hacker, 1887.)

Poulsen aurait obtenu un demi-résultat : le malade mourut de pneumonie alors que la déglutition commençait à se faire par la bouche.

Traitement palliatif. — A. *Procédés permettant l'alimentation par les voies naturelles.* — Nous renverrons à l'excellent travail de Bert pour tout ce qui concerne l'emploi de la *dilatation temporaire* ou *permanente*, de la *dilatation forcée*, de la *cautérisation*, de l'*électrolyse*, de l'*œsophagotomie interne*.

A notre avis ces divers procédés thérapeutiques ne méritent qu'un intérêt historique et doivent être abandonnés.

Par contre l'*œsophago-tubage* et la *sonde à demeure* méritent de retenir notre attention en raison des services qu'ils peuvent rendre.

Sonde à demeure. — Appliqué pour la première fois par Boyer en 1799, ce procédé, oublié pendant un siècle, a été repris par Krishaber en 1881 et compte de nombreux partisans. Forgue et Reclus, Le Fort, Kirmisson, Gougenheim, Pollosson, Bouveret, Garel l'ont employé avec avantage et le préconisent : nous-même avons inspiré sur ce sujet la thèse de Pouy (1890).

Toutefois nous ne pensons pas que l'on doive en faire un usage trop hâtif ; en outre nous l'abandonnerions volontiers maintenant pour l'*œsophago-tubage*. Les avantages de ce dernier procédé sont évidents.

La sonde à employer doit autant que possible être en caoutchouc rouge avec mandrin de plomb ; l'extrémité supérieure sera fixée dans une narine ou à une commissure. En tout cas, ne pas l'employer tant que l'alimentation suffisante par les liquides est possible. Il nous est arrivé de laisser la sonde à demeure pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures seulement et de redonner une perméabilité très suffisante à l'œsophage pendant sept, huit, dix jours.

La sonde à demeure, l'*œsophago-tubage*, font, comme la gastro-pexie, tomber le spasme.

Œsophago-tubage. — *Procédé de Symonds.* — Contrairement à tout ce qui est écrit, c'est à Leroy d'Étiolles qu'il faut attribuer la première tentative de tubage œsophagien. M. de Lavacherie (1) rapporte en effet l'observation d'un malade atteint de cancer de l'œsophage et chez lequel M. Leroy d'Étiolles « enfonça à travers le rétrécissement une canule creuse, avec l'intention de la laisser à demeure ; elle était formée d'ivoire dépourvu de son phosphate de chaux au moyen de l'acide nitrique. Cette tentative n'eut aucun succès : des douleurs se

(1) DE LAVACHERIE, De l'œsophagotomie. Bruxelles, 1845, p. 48, et FOLLIN, *loc. cit.*, p. 122. Quoique nous n'ayons pas à faire d'histoire, il nous a paru intéressant de signaler ce détail, destiné à montrer une fois de plus que ce qui est considéré comme nouveau est bien souvent ancien.

manifestèrent, et l'on ne put ni extraire ce corps étranger, ni le pousser plus bas. »

C'est évidemment là une tentative peu encourageante et l'on conçoit aisément qu'elle soit tombée dans l'oubli. Aussi n'est-ce que beaucoup plus tard que ce procédé fut repris et perfectionné en Angleterre par Sir Morell Mackenzie, puis vulgarisé en 1884 par Charters Symonds(1). Ce dernier en a perfectionné la technique et précisé les indications; aussi rien n'est-il plus juste que de désigner celle-ci sous le nom de *procédé de Symonds*.

D'Angleterre, le procédé passa en Allemagne, où il fut défendu par le professeur Leyden et ses élèves Rengers et Wentzoldt; nous le voyons également employé en Italie par Nicolai et en Amérique par Micher et d'autres. Tous en obtinrent d'heureux résultats. A Paris, au contraire, M. Kirrison s'élève contre l'emploi des tubes courts. Dans un Mémoire lu à l'Académie de médecine dès 1888, il fait à cette méthode un certain nombre de reproches et depuis, à notre connaissance, l'œsophago-tubage a été complètement abandonné chez nous.

Les principaux reproches faits à l'œsophago-tubage sont les suivants :

Les difficultés de l'introduction ou de l'extraction, l'obturation du tube, son action sur le néoplasme.

Bert a fait construire l'appareil ci-dessous, permettant l'introduction et l'extraction facile de tubes ouverts à leurs deux extrémités, difficiles à obturer par conséquent. Quant à l'action du tube sur le néoplasme, tandis que Leyden pense que la canule joue en quelque sorte un rôle protecteur par le fait que la surface du néoplasme ne se trouve plus perpétuellement exposée au frottement du bol alimentaire, Owen lui attribue une action irritante.

Les observations publiées dans l'un et l'autre sens tiennent probablement, comme le fait remarquer Paviot, à des différences de structure des néoplasmes eux-mêmes.

Kirrison pense qu'au-dessus du tube court peuvent se faire des accumulations de détrit, d'aliments, etc. Cela est possible, mais, ainsi que le dit Bert, des inconvénients analogues peuvent se présenter avec la sonde à demeure : entre celle-ci et la paroi œsophagienne, la salive, des débris alimentaires peuvent s'insinuer et séjourner.

L'appareil de Bert (fig. 62), qui procède à la fois du principe de la dilatation sur conducteur de Verneuil et de l'instrumentation de Leyden, se compose de plusieurs pièces.

Il comprend une longue tige de baleine, démontable en deux parties, sur laquelle, après avoir pratiqué le cathétérisme du rétrécissement, on fait glisser le tube muni de ses fils en le poussant avec une sonde à bout coupé, pourvue à son extrémité terminale d'une petite olive de

(1) CHARTERS SYMONDS, *British medical Journal*, (1887), vol. I.

nickel. Les fils de soie et les nœuds qui les rattachent au tube doivent être aussi solides que possible et vérifiés à plusieurs reprises avant l'introduction. Le plus souvent le tube remonte facilement; aussi c'est à ce moment qu'ont été signalés les ruptures des fils.

Ce dernier accident n'a du reste rien entraîné de fâcheux dans plusieurs cas (Symonds, Weis, Leyden, etc.) où il est survenu.

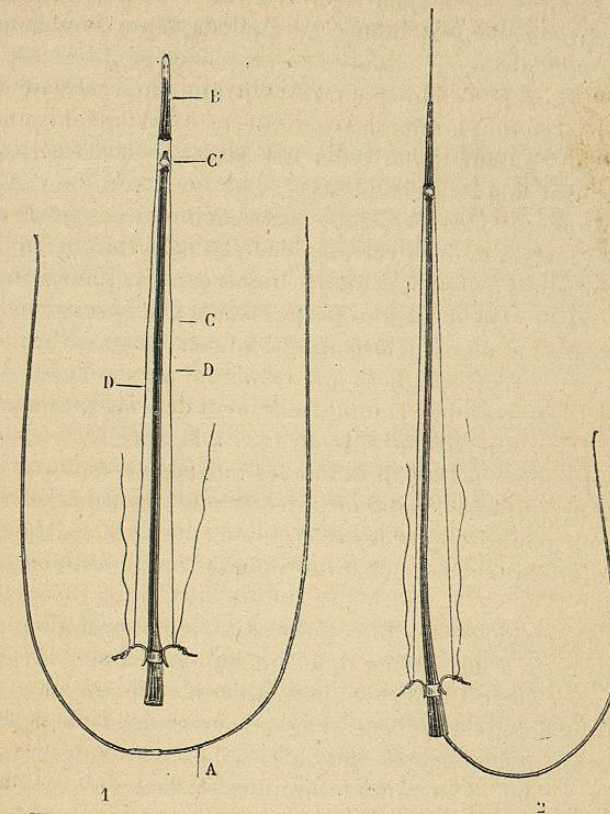


Fig. 62. — Œsophago-tubage. — 1. A, bougie conductrice; — B, tube court (canule destinée à rester à demeure); — C, sonde à bout coupé pourvue à son extrémité terminale d'une petite olive de nickel C'; — D, D, fils de soie permettant de retirer le tube court; — 2. L'instrument est monté.

Dans un cas de Leyden, la canule est restée en place dans la sténose pendant dix mois sans aucun inconvénient.

Le malade porteur d'un tube se nourrit lui-même, goûte les aliments, les avale ainsi que sa salive; enfin il n'éprouve pas la gêne et les douleurs qui sont la conséquence du contact de la longue sonde à demeure avec les fosses nasales, le pharynx ou la cavité buccale.

Les avantages du procédé de Symonds sont évidents: aussi conseillons-nous d'opérer ainsi :

1° Lorsque le degré du rétrécissement permet l'introduction d'une

sonde à demeure, calibre suffisant (n° 16) pour ne pas faire craindre de perpétuelles obturations ;

2° Lorsque la tumeur ne donnera pas facilement lieu à des hémorragies ou même de grosses mucosités sanglantes.

B. *Procédés destinés à permettre l'alimentation par la création d'une bouche artificielle. — Œsophagostomie.* — La création d'une fistule œsophagienne au-dessus du point rétréci est une opération que l'on ne peut qu'exceptionnellement tenter, ce qui s'explique par les mêmes raisons que nous avons déjà données à propos de la rareté de l'œsophagectomie. Boehmer s'appuie sur la statistique pour défendre cette opération, mais, comme le fait remarquer Bert, ce n'est qu'en remaniant les chiffres que l'auteur est arrivé à une léthalité de 33 p. 100 : un pourcentage brut donnerait 69 p. 100.

Nous pensons que l'intervention est au moins aussi grave que la gastrostomie, mais que dans certains cas elle peut lui être préférée.

Nous repoussons l'œsophagostomie combinée au cathétérisme préconisé par Graser. On soumet ainsi le malade aux inconvénients de l'œsophagostomie et du cathétérisme dilatateur.

Gastrostomie. — C'est à Egberg que revient le mérite d'avoir le premier proposé la gastrostomie comme traitement des rétrécissements de l'œsophage. Dans son *Mémoire*, lu en 1837 à la Société médicale de Christiania et publié en 1840, il étudie les moyens « d'ouvrir une voie vers la cavité de l'estomac, soit pour injecter une quantité convenable d'aliments, soit pour attaquer les rétrécissements de l'œsophage par leur partie inférieure, comme on le fait pour les oblitérations du canal de l'urètre. »

Blondlot (de Nancy) (1841), puis Bassereau (1843), pratiquèrent des fistules gastriques à des chiens dans un but expérimental. D'autre part, Petel (de Cateau-Cambrésis) proposait dans le cas de rétrécissements infranchissables de l'œsophage, de créer une bouche stomacale après avoir préalablement établi des adhérences entre l'estomac et l'abdomen, à l'aide d'une grande aiguille courbe les traversant tous deux.

Sédillot pratiqua le premier ce qu'il appelait la « gastrotomie fistuleuse » le 13 novembre 1849, et une seconde fois en janvier 1863 : il eut deux succès.

Les échecs se multiplient et il faut arriver en 1875 pour relever les premiers succès dus à Sydney Jones et Verneuil.

Ultérieurement, Lannelongue (de Bordeaux) (1879), Schönborn, Trendelenburg, Küster, obtenaient de nouveaux succès.

La *gastrostomie en deux temps*, conçue par Nélaton, était exécutée par Howse. Peu à peu la technique suivie était l'objet de remaniements nombreux, dans le but de parer à l'écoulement du contenu stomacal au dehors et de prévenir l'auto-digestion des bords de la plaie par le suc gastrique.

Girard (de Berne), proposa de créer un véritable sphincter à l'orifice gastrique, en entrecroisant des bandelettes musculaires empruntées à la paroi abdominale (1888).

Hahn cherche à faire jouer un rôle analogue aux cartilages costaux (1890). Witzel s'efforce de créer un repli valvulaire.

Terrier s'en tient au procédé de Verneuil, qu'il modifie en établissant la continuité de la muqueuse et de la peau.

Poncet préconise la gastropexie et la gastrostomie post-cicatricielle.

Signalons enfin les procédés de Peugniez, Pénieres, Ullmann; celui de Ssabanajew suivi et quelque peu modifié par Franck, Villar, Jaboulay.

Valeur de la gastrostomie. — Dans une thèse relativement récente, Annéquit (1) concluait au bannissement de la gastrostomie dans la thérapeutique du cancer de l'œsophage, en s'appuyant sur le fameux dilemme de Lagrange : ou bien la maladie est peu avancée et l'opération est inutile, parce que le malade peut vivre sans gastrostomie ; ou bien la maladie existe depuis longtemps et l'opération est inutile, parce que le malade va mourir.

Plus récemment, Bousquet (2), dans sa thèse inaugurale, arrivait aux conclusions suivantes :

« La gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage est une bonne opération palliative ; elle doit être préférée aux autres interventions qui s'adressent à l'organe malade. Seule elle permet une alimentation facile et procure un grand soulagement. »

La différence qui existe entre ces conclusions montre bien les progrès réalisés en quelques années par la gastrostomie.

En théorie, nous nous rattacherions volontiers aux conclusions de Bousquet. Il est incontestable qu'un malade gastrostomisé de bonne heure avec une fistule empêchant convenablement le reflux du suc gastrique présente, au point de vue d'une longue survie, le maximum de chances. Mais, en pratique, nous ne saurions conclure ainsi.

En effet, que faut-il pour arriver à cet heureux résultat ? Il faut tout d'abord une *intervention*. C'est évident. Mais, à ce sujet, deux cas peuvent se présenter. Ou bien l'intervention est précoce, ou bien elle est tardive. Dans le premier cas, la gastrostomie est pratiquée sitôt le diagnostic fait, alors que le malade s'alimente encore suffisamment et qu'il n'est pas cachectisé. C'est la *gastrostomie préventive*. Dans le deuxième, au contraire, l'intervention est tardive, le malade cachectisé n'avale plus. C'est la *gastrostomie de nécessité*.

Bien qu'il soit impossible de fixer le taux de la mortalité de la gastrostomie, étant données surtout les conditions absolument différentes dans lesquelles les chirurgiens la pratiquent, on peut dire que les chiffres se sont singulièrement abaissés depuis Zézas.

(1) ANNÉQUIT, Contribution à l'étude de la gastrostomie, thèse de Bordeaux, 1885.
(2) BOUSQUET, thèse de Paris, 1890.

Zésas donnait une mortalité de 83 p. 100, Le Fort de 74,2 p. 100; Gross 70 p. 100 (en 1884);

Deux ans plus tard, Knie rapporte 167 gastrostomies avec 56 guérisons, soit 66,6 p. 100 de mortalité;

Heydenreich (1887) arrive à 57 p. 100;

Karl Johnsen (1888), 42 p. 100.

Bref, le pourcentage s'abaisse de plus en plus jusqu'à la statistique personnelle (1895) de Mickulicz (34 cas, 6 morts), soit 17,5 p. 100. Malgré les résultats incontestablement supérieurs qu'il présente, Mickulicz se demande « s'il convient d'intervenir dans le cancer de l'œsophage »? Il résout immédiatement cette question par l'affirmation et il a raison, car la gastrostomie permet seule de prolonger quelque peu la vie dans un grand nombre de cas.

Gastrostomie préventive. — Nous ne sommes pas plus partisan de la gastrostomie préventive que de toute autre méthode de traitement, tant que le malade peut s'alimenter d'une façon suffisante. J'ai actuellement, depuis trois mois, dans mon service, un sujet porteur d'un néoplasme de l'œsophage; tous les signes cliniques permettent du moins de l'affirmer.

Je n'ai même pas voulu lui faire un cathétérisme explorateur, de crainte de provoquer quelque hémorragie, en raison des mucosités, des glaires sanguinolentes qu'il rejette parfois. Cet homme prend chaque jour deux litres de lait, une demi-douzaine d'œufs crus, du bouillon, du vin. Pourquoi lui imposer une bouche stomacale? à quoi servirait cette fistule? Mais je suis bien décidé à la gastrostomie, du moment où l'alimentation sera devenue impossible.

Il est à croire que la cachexie cancéreuse l'aura enlevé avant même que cette éventualité surgisse.

Frœlich a insisté, après beaucoup d'autres, sur les difficultés d'imposer la gastrostomie préventive, et au contraire sur les bons effets de la gastropexie dans les rétrécissements cancéreux.

Entre la gastropexie et la sonde à demeure ou l'œsophago-tubage nous n'hésiterions pas. Nous choisirons plutôt ces derniers; on peut avoir, répétons-le, les plus grandes difficultés à retrouver l'estomac préalablement fixé par gastropexie.

Gastrostomie de nécessité. — Quand le malade ne peut plus avaler, même des liquides, si le cathétérisme est douloureux, pénible, difficile, à plus forte raison impossible, la gastrostomie s'impose.

Nous conseillons de la faire en un temps.

Données anatomiques. — L'estomac, caché en plus ou moins grande partie par le lobe gauche du foie, souvent aussi dissimulé par le côlon qu'il importe alors de récliner par en bas, présente une situation verticale. Cruveilhier et Sappey lui assignent une direction à la fois horizontale et transversale. D'après Testut et la plupart des auteurs, il est vertical aussi bien à l'état de vacuité qu'à celui de réplétion. Dans ce

dernier cas, sa petite courbure se redresse, mais la direction générale n'est pas sensiblement changée, le grand axe ne variant que fort peu.

Le cardia est situé à deux ou trois centimètres au-dessous de l'orifice que présente le diaphragme à l'œsophage. Il est dominé en haut et à gauche par la portion la plus élevée du grand cul-de-sac. En arrière il correspond au côté gauche du disque qui réunit les neuvième et dixième vertèbres dorsales et en avant à l'union des sixième et septième côtes gauches avec le sternum.

Le pylore et le cardia sont situés à peu près sur le même plan vertical médian. L'orifice pylorique correspond à un plan vertical, mené par le bord droit du sternum sur le prolongement même de ce bord, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic.

C'est à peine si le pylore dépasse la ligne médiane à droite, de 2 à 3 centimètres.

La petite courbure reste néanmoins sur la ligne médiane ou un peu à gauche.

La grande courbure, dirigée de bas en haut et de gauche à droite, descend un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par le bord inférieur du cartilage de la neuvième côte, ligne qu'elle ne dépasse pas dans ses positions les plus élevées. Cette ligne délimite d'une part, avec le rebord des fausses côtes à gauche, le bord antérieur tranchant du foie à droite d'autre part, une aire triangulaire au niveau de laquelle le bistouri doit sûrement rencontrer l'estomac.

Le sommet de ce triangle correspond approximativement au point où le cartilage de la neuvième côte gauche s'unit à celui de la huitième. Labbé a bien indiqué le moyen de trouver ce point de repère.

Notons maintenant la nécessité de ne pas inciser sur le trajet des vaisseaux qui apparaissent sur la face antérieure du viscère, et rappelons la mobilité de la muqueuse stomacale sur les plans séro-musculaires. La ponction au bistouri doit être faite franchement, sinon on s'exposerait à ne pas ouvrir l'estomac et simplement à décoller la muqueuse sans la perforer.

Manuel opératoire. — Procédé de Terrier (fig. 63). — Les points caractéristiques de ce procédé sont, comme le dit Chaput : 1° de fixer l'estomac au péritoine pariétal par des sutures séro-séreuses; 2° de faire à l'estomac un orifice aussi petit que possible, et enfin de suturer la muqueuse à la peau.

1° Le sujet étant dans le décubitus dorsal, pratiquer, à un centimètre du rebord costal gauche, une incision de six à huit centimètres parallèle à ce bord et aboutissant un peu au-dessous de l'appendice xiphoïde.

2° La paroi abdominale incisée dans toute son épaisseur, y compris le péritoine, soulever le bord inférieur du lobe gauche

du foie, suivre sa face inférieure, reconnaître l'épiploon gastro-hépatique, et saisir l'estomac auquel ce dernier aboutit et donne insertion.

3° Chercher autant que possible à faire la bouche stomacale en un point de l'estomac qui ne soit pas déclive. Généralement on tombe sur le pylore ou la région avoisinante, ce qui s'explique par ce fait que c'est la plus superficielle, le cardia se trouvant profondément contre la colonne vertébrale.

La région choisie, attirer l'estomac dans la plaie à l'aide d'une pince à griffe et le fixer de la manière suivante.

1° *Fils séro-séreux.* — Une couronne de sutures séro-séreuses

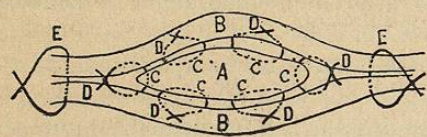


Fig. 63. — Gastrostomie (l'estomac n'est pas encore ouvert). A, paroi stomacale; BB, paroi abdominale sectionnée; CC, fils passés dans la séreuse gastrique et dans la musculature; CC, même fils noués dans l'épaisseur de la paroi abdominale; EE, fils fermant la plaie pariétale (Terrier et Delagenière).

faites à la soie fine réunissent le péritoine stomacal au péritoine pariétal. Six points suffisent en général pour assurer cette fixation. Les fils ne doivent comprendre que la séreuse et la musculature et ne pas traverser la muqueuse, de manière à éviter toute issue des liquides stomacaux. Les deux extrémités de chaque

anse, après avoir traversé la séreuse pariétale, sont nouées dans l'épaisseur de la paroi abdominale sectionnée. Deux fils sont ainsi placés de chaque côté et parallèlement aux bords de la plaie (fils latéraux).

Le reste de la plaie pariétale est fermé au-dessus et au-dessous de l'union avec l'estomac par des points de soie qui comprennent le feuillet pariétal séreux et une partie seulement de l'épaisseur de la paroi (fils terminaux). L'estomac se trouve alors exposé sur une surface mesurant environ trois à quatre centimètres de longueur sur deux de largeur. Cette surface doit être plus étendue si la paroi abdominale est très épaisse. L'estomac à découvert forme bourrelet.

2° *Fils muco-cutanés.* — Pour l'ouvrir, faire une simple ponction au bistouri dans ce bourrelet; les bords de cette ouverture, faite aussi petite que possible, sont alors rabattus et fixés à l'aide de fils qui passent d'une part à travers les trois tuniques de l'estomac, d'autre part à travers les muscles et les téguments; de cette façon, une fois les fils noués, la muqueuse se continue avec la peau. Pour limiter exactement la plaie, M. Quénu conseille de placer à ses deux extrémités deux points de sutures cutanées qui chargent en passant la séreuse stomacale. Cette petite modification nous paraît excellente.

Soins consécutifs. — Le pansement consistera simplement en une

couche d'ouate ou de gaze aseptiques largement saupoudrée (ainsi que la plaie et la région) de carbonate de magnésie, dans le but de neutraliser l'acidité du suc gastrique. Mais ni canule, ni drain, ni sonde qui pourraient dilater la fistule.

Comme le fait remarquer Hartmann, l'accolement des plis de la muqueuse dans le trajet fistuleux suffit parfaitement à occlure l'orifice, pour peu qu'on ait eu soin de ne faire qu'une ouverture stomacale très petite.

Pour alimenter le malade on insinuera, chaque fois, dans la fistule une sonde molle de petit calibre (13 ou 14).

Procédés divers. — Nous nous bornerons à donner un aperçu sommaire des très nombreuses modifications apportées au manuel opératoire de la gastrostomie.

Girard (1888) incise verticalement au milieu du muscle droit et ouvre le péritoine; de chaque côté il dissèque dans le muscle droit un pont charnu large de 12 à 15 millimètres et long de 10 centimètres. Il entre-croise ces deux faisceaux musculaires et dans leur intervalle il attire l'estomac et le suture à la peau. Il espère créer ainsi un véritable sphincter à la bouche gastrique.

Von Hacker (1889) pratique également l'incision en plein muscle droit, mais sans faire l'entre-croisement comme Girard.

Hahn (1890), après avoir incisé la paroi parallèlement au rebord des fausses côtes gauches, va par cette plaie à la recherche de l'estomac et le fixe ensuite dans une deuxième incision faite dans le huitième espace intercostal. Cecherelli (1894) place la fistule dans le septième espace intercostal au voisinage même de la plaie. Ces deux procédés sont dangereux. Après avoir fixé l'estomac à la peau, Witzel l'incise obliquement, cheminant entre la musculature et la muqueuse de façon à faire de cette dernière une véritable valvule, une soupape qui se ferme par l'effort même du liquide tendant à refluer (5 cas, 5 succès).

Ulmann (1894) fait subir au repli stomacal attiré à la paroi une torsion sur son axe. Stamm (1894) a cherché, lui aussi, à faire une sorte de sphincter musculaire.

Ssabanajew (1890) conseille l'opération suivante :

1° Incision parallèle au rebord costal gauche, à un centimètre et demi environ en dedans de ce rebord et intéressant la paroi tout entière, y compris le péritoine.

2° A travers cette incision il recherche l'estomac, saisit et attire à lui un repli d'environ deux travers de doigts de longueur.

3° Six points de sutures (non perforantes) fixent l'estomac au péritoine pariétal, de manière à laisser le pli stomacal en dehors de la cavité abdominale et au-dessus des sutures.

4° A deux travers de doigt au-dessus de l'incision première on en pratique une deuxième, parallèle à la précédente et n'intéressant