

que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On décolle ce pont cutané. Le pli stomacal est attiré au-dessus de ce pont et fixé au sommet de l'incision supérieure que l'on relie par quelques points, si elle est trop grande. La ponction de l'estomac est faite en cet endroit.

Villar : 1° suture l'estomac non seulement au péritoine pariétal mais encore à la couche musculo-aponévrotique ;

2° Il fixe le pli stomacal à l'incision supérieure par une double rangée de points de suture ainsi placés : la fixation du pli à la peau par des fils ne comprenant que la séreuse et une partie de la musculuse ;

3° Le second étage de sutures comprenant la muqueuse et la peau mises en continuité à la façon de Terrier.

Jaboulay fait une incision verticale latérale en plein muscle droit, attire l'estomac à travers cette boutonnière, puis incise les téguments sur la ligne médiane parallèlement à la plaie ; il décolle ce pont cutané, attire au-dessous de lui l'estomac et le fixe dans l'incision médiane, cherchant ainsi à créer un trajet oblique, pourvu d'un sphincter.

Tous ces procédés qui cherchent à atteindre un même but, création d'un trajet oblique, étroit, pourvu d'orifice se fermant automatiquement en quelque sorte par un sphincter ou une valvule, ne donnent pas de résultats sensiblement différents de ceux fournis par le procédé de Terrier. Très rapidement, en effet, l'obliquité disparaît, quand au rôle du sphincter il paraît négligeable.

Plus importante, à notre avis, que ces points de technique, est la question du moment où l'on doit faire l'ouverture de l'estomac.

Faut-il opérer en un temps, ou doit-on remettre à une époque plus ou moins éloignée la ponction de l'estomac fixé ainsi préalablement à la paroi ?

Nous sommes partisan de l'ouverture en un temps et c'est également l'opinion de la plupart des chirurgiens : toutefois nous ne rejetons nullement la pratique préconisée par Poncet, et qui consiste, après avoir fixé l'estomac à la paroi, à le ponctionner à l'aide d'un ténotome, plusieurs jours et même plusieurs mois plus tard. Le point important est d'indiquer nettement, à l'aide d'un fil non perforant traversant la paroi stomacale (à l'exception de la muqueuse, par conséquent) le siège de la future ponction.

C'est sur ce fil qu'il faudra se guider, sous peine de passer à côté du viscère.

Nous connaissons des cas de mort par suite d'erreurs ainsi commises, la sonde destinée à alimenter le malade ayant été placée en plein péritoine.

Ainsi que nous l'avons dit, dans un cas où nous avons eu recours à la gastrostomie en deux temps, nous avons évité un pareil accident. Sous l'influence d'efforts de toux et de vomissements les

sutures avaient cédé. En résumé, nous conseillons de recourir au procédé de Terrier et d'ouvrir l'estomac séance tenante (1).

(1) Fischer fixe l'estomac, et, pendant les trois premiers jours, nourrit les malades à l'aide de lavements ; le quatrième on commence l'alimentation par l'estomac. A cet effet, on fait pénétrer dans celui-ci une fine aiguille de Pravaz unie par un tube de caoutchouc à une seringue. Après injection de 50 à 60 grammes de liquide, on retire l'aiguille. Cinq heures plus tard, on recommence la même petite opération, en ayant soin de piquer le même point de la paroi stomacale.

Au bout de cinq à six jours on se sert d'une aiguille plus forte, par laquelle on peut faire passer une bouillie alimentaire. Il se forme ainsi dans la paroi stomacale un canal oblique, l'aiguille étant toujours introduite par le même point.

Les parois du canal s'adossent et ne permettent pas l'issue de liquides gastriques.

(\*) FISCHER, Congrès des chirurgiens allemands, 1896.