

CHAPITRE X

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL DIGESTIF.

ARTICLE I

ŒSOPHAGE.

L'œsophage commence au niveau de la sixième vertèbre cervicale et finit à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale; il présente dans son trajet de légères inflexions. Situé d'abord sur la ligne médiane, il s'incline à gauche au cou, un peu à droite à la partie supérieure du thorax et encore à gauche vers la partie inférieure.

Les rapports de la portion cervicale de l'œsophage sont les suivants: il répond, en avant, à la partie postérieure de la trachée qu'il déborde un peu à gauche, et au niveau de cette portion qui dépasse la trachée il est en rapport avec les vaisseaux thyroïdiens inférieurs, le nerf récurrent, le lobe de la glande thyroïde et le muscle sterno-thyroïdien de ce côté.

En arrière, un tissu cellulaire lâche sépare l'œsophage du rachis. Sur les côtés, l'œsophage répond au corps thyroïde, aux artères carotides primitives et aux nerfs récurrents; le rapport avec la carotide est, en raison de la déviation de ce conduit, plus immédiat à gauche qu'à droite. En outre le récurrent gauche se trouve à la partie antérieure de l'œsophage, le droit est plus rapproché de la partie postérieure.

Les rapports de la portion thoracique de l'œsophage nous intéressent moins; je rappellerai cependant que dans la poitrine il répond en avant et de haut en bas à la trachée, à la bronche gauche, à la crosse de l'aorte, à la base et à la face postérieure du cœur. En arrière, il est en rapport avec la grande veine azygos, le

canal thoracique et des ganglions lymphatiques qui le séparent de la colonne vertébrale.

Sur les côtés, il répond au feuillet du médiastin et par son intermédiaire au poumon correspondant; à gauche, il est, en outre, en rapport avec la crosse de l'aorte au moment où elle devient descendante et avec l'origine de la carotide primitive et de la sous-clavière gauches. Les deux nerfs pneumogastriques longent l'œsophage de chaque côté et se placent en bas, le droit en arrière, le gauche en avant.

§ 1. **Cathétérisme** (fig. 308). — On pratique le cathétérisme de l'œsophage pour remplir des indications multiples. Tantôt c'est pour constater la présence d'un corps étranger et en débarrasser le malade, tantôt c'est afin de dilater, de cautériser un rétrécissement de ce conduit; plus souvent encore on se propose de faire parvenir des aliments liquides à la partie inférieure de ce conduit, chez des aliénés qui refusent de manger ou chez des malades atteints d'une lésion de nature à empêcher les aliments de cheminer normalement.

Pour introduire des aliments liquides, on se sert de sondes de gros calibre en gomme élastique connues sous le nom de sondes œsophagiennes (fig. 308 A), évasées en entonnoir à leur extrémité externe et terminées de l'autre côté par un bout arrondi percé de deux ouvertures.

On peut passer la sonde par la bouche ou par le nez; cette dernière voie est en général réservée pour les aliénés qui refusent d'ouvrir la bouche.

Quand on l'introduit par la bouche, on n'a pas besoin de mandrin. On procède de la façon suivante: on fait renverser la tête du malade en arrière, position qui rapproche l'axe de la bouche de celui de l'œsophage; puis, déprimant la base de la langue avec l'index et le médius de la main gauche, on porte aussi avant que possible dans l'arrière-bouche l'extrémité de la sonde tenue comme une plume à écrire entre les trois premiers doigts de la main droite, et on la guide avec ceux de la main gauche qui maintiennent la langue abaissée. On évitera d'engager la sonde dans le larynx en la portant plus en arrière. On reconnaît que la sonde a pénétré dans les voies aériennes à l'oppression et à la toux qui sur-

viennent immédiatement. En cheminant dans le conduit pharyngo-œsophagien, la sonde peut bien produire des efforts de vomissements, mais non des accès de toux.

Il arrive souvent que la sonde, même dans les cas où il n'y a pas de rétrécissement, est arrêtée par une sorte de spasme de la partie supérieure de l'œsophage; on facilitera son introduction en la faisant tourner sur elle-même. Quand la sonde est en place, au moyen d'une seringue dont on engage la canule dans son pavillon, on fait pénétrer les liquides dans l'estomac.

Pour introduire la sonde par les fosses nasales, Desault faisait renverser la tête du malade en arrière et se servait d'un mandrin recourbé, destiné à pousser la sonde jusqu'à la partie moyenne du pharynx. Arrivé à ce point, il retirait le mandrin et allait, avec la main passée dans la bouche, saisir la sonde et la diriger dans l'œsophage. On pourrait à la rigueur se passer de mandrin, et la sonde arrivée contre la paroi postérieure du pharynx se dirigerait en bas.

Il est évident que les procédés dans lesquels on guide la sonde avec la main introduite dans la bouche ne peuvent être mis

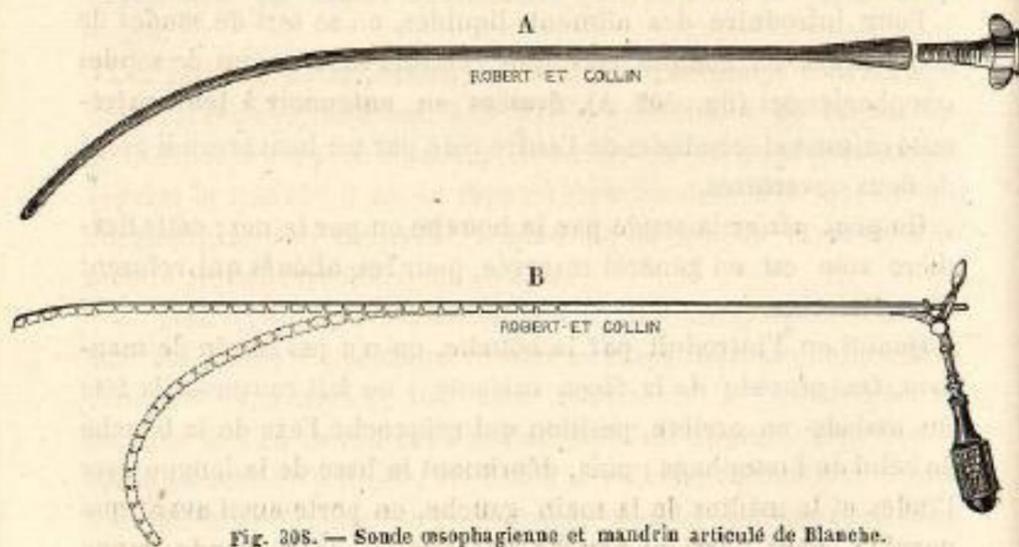


Fig. 308. — Sonde œsophagienne et mandrin articulé de Blanche.

en usage chez des aliénés qui refusent d'écartier les mâchoires; aussi les médecins aliénistes ont-ils recours, pour conduire la sonde œsophagienne, à des appareils spéciaux.

Baillarger se sert d'un double mandrin : un mandrin en fil de fer recourbé et un autre en baleine qui empêchent la sonde de se

porter trop en avant. E. Blanche a inventé un mandrin articulé en maillechort (fig. 308 B), composé de trente et une pièces, rigide dans l'extension, mais pouvant se fléchir librement.

Lorsque la sonde doit rester quelque temps en place, il est beaucoup moins gênant de l'avoir dans le nez que dans la bouche. Aussi Boyer, en pareil cas, faisait-il passer de la bouche dans la fosse nasale la sonde introduite par la première de ces cavités. A l'aide d'une sonde de Bellocq, il passait du nez dans la bouche un fil ciré et plusieurs fois doublé; il retirait ensuite cet instrument et avait ainsi un fil dont un chef sortait par la narine et l'autre par la bouche. Ce dernier était passé dans un trou percé dans l'extrémité supérieure de la sonde œsophagienne préalablement introduite par la bouche. Le fil bien fixé, on enfonçait la sonde œsophagienne de façon qu'elle ne fût pas arrêtée par le voile du palais et, à l'aide du fil sortant par le nez, on l'attirait en haut et on la faisait ressortir par la narine. La sonde était fixée avec le fil au bonnet du malade.

Pour les corps étrangers, pour les rétrécissements de l'œsophage, on se sert d'instruments que je signalerai en étudiant le traitement de ces lésions.

§ 2. **Rétrécissement** (fig. 309, 310, 311, 312, 313, 314). — Les moyens employés pour la cure du rétrécissement sont la dilatation, la cautérisation, l'œsophagotomie.

A. *Dilatation*. — La dilatation peut être graduelle ou brusque; la première est de beaucoup la plus usitée. On se sert généralement pour constater le siège et le degré du rétrécissement, lorsqu'il n'est point trop étroit, de billes d'ivoire ovoïdes de divers calibres (fig. 309), que l'on visse sur l'extrémité d'une tige en baleine ou en maillechort.

Trousseau employait pour le cathétérisme de l'œsophage une baleine terminée à ses deux extrémités par un bouton olivaire, au collet duquel on fixait de chaque côté une éponge fine avec du fil et de la cire à cacheter. On taillait ensuite l'éponge suivant que besoin en était.

Les instruments qui servent à déterminer le siège du rétrécissement servent aussi à le dilater. Lorsqu'il est trop étroit pour admettre les boules dont je viens de parler, on se sert de bougies de gomme élastique.

On peut retirer immédiatement l'instrument dilateur ou, si son contact est bien supporté, le laisser un certain temps en place.

Jameson et Switzer ont laissé à demeure le corps dilatant. Ce dernier chirurgien s'est servi de billes en corne percées de part en part d'un canal disposé pour recevoir une corde destinée à les empêcher de descendre et à les extraire, et d'un petit enfoncement pour recevoir l'extrémité d'une tige en baleine avec laquelle on porte la bille jusqu'au rétrécissement.

On fixe la tige sur la bille en l'entourant une ou deux fois avec la corde. Lorsque la bille est arrivée dans le rétrécissement, on déroule la corde qui entoure la tige de baleine et on retire cette dernière. Switzer en était arrivé à modifier la forme de ses billes et à les creuser dans certains cas d'un sillon circulaire, dans d'autres à leur donner la forme d'un cône ovale à petite extrémité dirigée en bas.

Bouchard fait la dilatation temporaire progressive avec des bougies cylindro-coniques en gomme élastique qu'il laisse quelques minutes à demeure, en recommandant au malade d'incliner la tête en avant, pour laisser s'écouler la salive sécrétée en plus grande abondance, en raison de la présence de la sonde, et éviter qu'elle pénètre dans les voies aériennes. Pour la dilatation brusque on a les instruments de Schutzenberger, de Demarquay (fig. 310) et de Lefort (fig. 311); pour se servir de ces instruments, on les introduit dans la coarctation et puis on écarte les branches. La dilatation brusque peut rendre des services dans les cas de rétrécissement spasmodique, mais pour les rétrécissements organiques elle est dangereuse.

B. *Cautérisation*. — La cautérisation n'est guère employée; on la pratiquerait au besoin avec du nitrate d'argent dont on armerait un porte-caustique approprié.

C. *Œsophagotomie*. — Comme l'urétrotomie, l'œsophagotomie

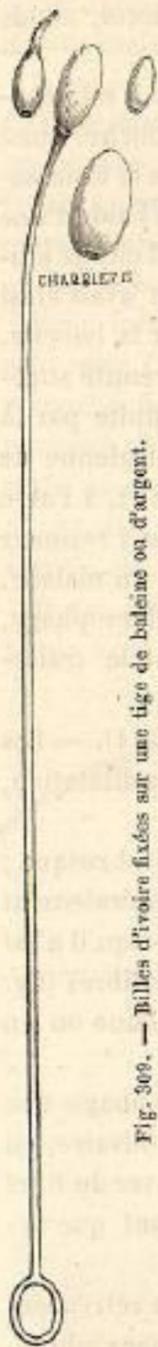


Fig. 309. — Billes d'ivoire fixées sur une tige de baleine ou d'argent.

est interne ou externe, selon que l'on divise les tissus de dedans en dehors ou de dehors en dedans; l'externe mérite seule le nom d'œsophagotomie, car l'interne n'est en somme qu'une sorte de scarification.

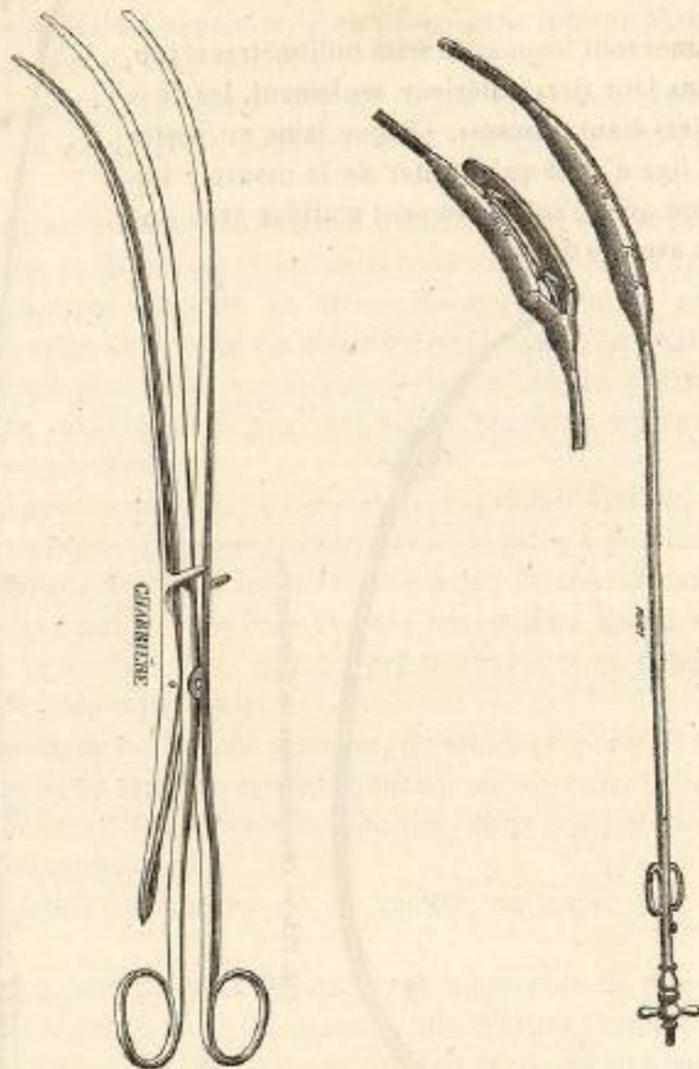


Fig. 310. — Dilatateur de Demarquay.

Fig. 311. — Dilatateur de Lefort.

L'œsophagotomie interne a été pratiquée par Maisonneuve, par Lannelongue (de Bordeaux) et par Trélat. Chacun de ces chirurgiens s'est servi d'un instrument différent. Celui de Maisonneuve (fig. 312), fait sur le type de son urétrotome, se compose d'un tube métallique cannelé, de deux lames tranchantes et d'une bougie

fixée à l'extrémité du tube. Le tube cannelé est formé de deux tubes accolés. A son extrémité externe, il est muni d'un anneau servant de manche, et à son extrémité stomacale d'une vis sur laquelle se fixe la bougie.

Les lames sont longues de seize millimètres et coupent dans leur tiers antérieur seulement, les deux autres tiers étant mousses. Chaque lame est portée sur une tige d'acier qui permet de la mouvoir isolément ou avec l'autre. On peut scarifier avec une lame ou avec les deux.



Fig. 312. — Œsophagotome de Maisonneuve.

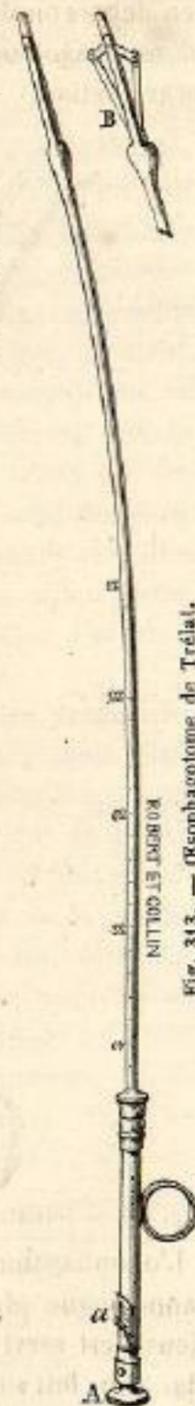


Fig. 313. — Œsophagotome de Trélat.

Dans l'instrument de Trélat (fig. 313), les lames au nombre de

deux sont contenues dans la portion terminale de l'appareil, elles sont soutenues à leurs deux extrémités, et on les fait saillir au moyen d'une vis placée sur le manche.

Encore difficile à apprécier, l'œsophagotomie interne paraît appelée à donner de bons résultats.

L'œsophagotomie externe est pratiquée pour des rétrécissements de l'œsophage ou pour des corps étrangers arrêtés dans ce canal.

Quand c'est pour une coarctation que l'on opère, on peut diviser l'œsophage au-dessus du rétrécissement afin de favoriser l'application des moyens dilatants, au niveau du rétrécissement pour le détruire, enfin au-dessous du rétrécissement lorsqu'on veut s'ouvrir une voie pour alimenter le malade dans les cas de coarctations de nature cancéreuse, à peu près infranchissables, siégeant sur un point assez élevé.

C'est à gauche que l'on pratique l'œsophagotomie externe, parce que l'œsophage est dans sa portion cervicale placé à gauche de la ligne médiane. Pour arriver sur cette portion du conduit œsophagien, il faut manœuvrer dans l'espace triangulaire limité en dedans par la trachée et les muscles pré-trachéaux et en dehors par le sterno-cléido-mastoïdien.

Au-dessous de la peau, du peaucier, du feuillet superficiel de l'aponévrose et du muscle omoplat-hyoïdien, on rencontre le faisceau vasculo-nerveux (artère carotide primitive, veine jugulaire interne, nerf pneumogastrique).

En écartant ce faisceau de la trachée, on arrive sur l'œsophage.

Il faut, autant que possible, ne pas se rapprocher de plus de un ou deux travers de doigt du sternum, afin d'éviter l'artère thyroïdienne inférieure qui croise l'œsophage en décrivant une courbe à concavité supérieure. C'est en somme la trachée qui doit constituer le vrai point de repère.

Pour se guider dans la recherche de l'œsophage, on introduira une algalie métallique et mieux encore, si on l'a à sa disposition, l'instrument de Vacca-Berlinghieri (fig. 314) qui est formé d'une sonde métallique courbe présentant une fente assez étendue sur sa partie latérale gauche, un peu au-dessus de son extrémité. Dans

cette sonde est placé un mandrin à ressort formé dans sa partie profonde d'une olive composée de deux demi-olives tendant fortement à se séparer. En attirant le mandrin au dehors, la demi-olive gauche

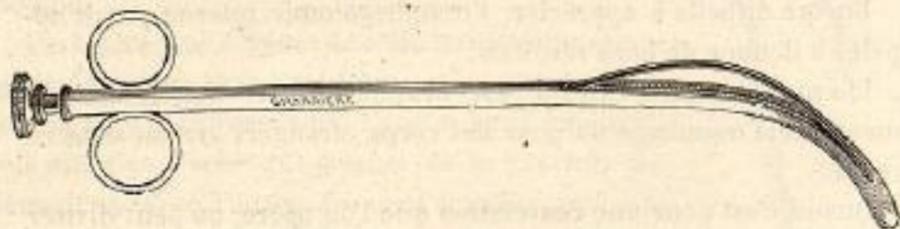


Fig. 314. — Instrument de Vacca-Berlinghieri.

s'engage dans la fente et fait saillir l'œsophage. Cet instrument vaut infiniment mieux que la sonde à dard de frère Côme, employée par Giraud.

Voici le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe telle qu'on la pratique de nos jours : le patient étant anesthésié, lorsqu'il peut l'être sans danger, est couché sur un lit étroit, la tête étendue et la figure regardant à droite. Le chirurgien, placé à gauche, fait une incision étendue du bord supérieur du cartilage thyroïde à deux centimètres environ au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Cette incision pourra être placée en dedans du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, c'est-à-dire entre ce muscle et la trachée, ou sur le bord même du muscle. L'incision faite un peu en avant du muscle me paraît meilleure. On divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier ; si l'on est obligé de diviser la veine jugulaire externe, on la sectionnera entre deux ligatures.

On coupe ensuite l'aponévrose superficielle et on arrive entre les muscles qui recouvrent la trachée et la carotide primitive. L'opérateur fait porter en dedans ou en dehors, suivant les cas, ou bien sectionne le muscle omoplat-hyoïdien. La trachée écartée d'un côté et le faisceau vasculaire de l'autre, il trouvera l'œsophage au fond de la plaie, et il le trouvera d'autant plus facilement que la saillie de ce conduit sera exagérée par l'introduction préalable d'un cathéter ou la présence d'un corps étranger.

On ouvre l'œsophage sur la partie latérale, afin de ne pas léser le nerf récurrent qui est en avant.

L'œsophage ouvert, on fera la dilatation par cette ouverture, si on a fait l'œsophagotomie au-dessus du rétrécissement, et au bout de quelques jours, on la continuera par les voies supérieures. Quand on a divisé l'œsophage au niveau de la coarctation, on fera la dilatation et on nourrira le malade par les voies supérieures. Si c'est au-dessous du rétrécissement qu'a porté la section, on profitera de cette voie pour alimenter le malade.

L'œsophagotomie externe doit être réservée pour les rétrécissements à peu près infranchissables ou complètement rebelles à la dilatation faite par les voies supérieures. C'est à cette dernière que l'on devra d'abord recourir, quand elle est applicable. Quant à l'œsophagotomie interne, il est permis de supposer que d'ici à quelque temps elle occupera une place importante dans la thérapeutique des rétrécissements œsophagiens.

§ 3. **Corps étrangers** (fig. 315, 316, 317, 318). — Les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, lorsqu'ils résistent à la propulsion qui leur est communiquée par des liquides ou des aliments mous que l'on essaye de faire avaler au malade, nécessitent l'intervention chirurgicale.

Trois voies se présentent au chirurgien : enfoncer le corps étranger dans l'estomac, l'extraire par la bouche, l'enlever à travers une ouverture artificielle, c'est-à-dire, faire l'œsophagotomie externe.

Ce n'est point au hasard qu'il faut choisir entre ces méthodes ; on ne doit chercher à enfoncer dans l'estomac que les corps étrangers mous, peu résistants et ne présentant pas d'aspérités susceptibles de déchirer les parois œsophagiennes. Quand le corps est dur, irrégulier, comme le sont en général les fragments d'os, on doit chercher à l'enlever par la bouche ; c'est du reste l'extraction par la bouche qui est le procédé d'élection lorsque le corps étranger est resté dans le pharynx ou à la partie supérieure de l'œsophage.

Enfin l'œsophagotomie doit être réservée pour les cas où l'œsophage est obstrué par un corps dur et volumineux qui résiste aux efforts d'extraction et menace la vie du malade par l'asphyxie.

Dans certains cas où un bol alimentaire volumineux formé d'aliments mous, de pommes de terre par exemple, est arrêté dans la portion cervicale de l'œsophage, on pourrait, comme le fit une fois

Dupuytren, l'écraser à travers les téguments du cou et en faciliter ainsi la descente dans l'estomac.

Pour enfoncer le corps étranger dans l'estomac, l'instrument le plus commode est une tige de baleine munie d'une petite éponge à son extrémité.

Quant à ceux destinés à extraire le corps étranger par la bouche, ils sont des plus nombreux. Il y a d'abord une série de pinces pour

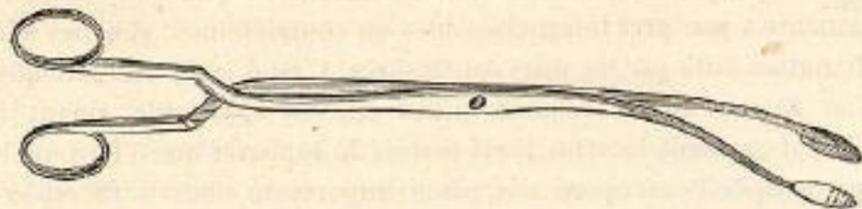


Fig. 315. — Pince de Cloquet.

le saisir, pince à polype courbe, pince de Cloquet (fig. 315), pince à branches multiples de Missoux, pince de Hunter, courbe avec un dilateur à plusieurs branches pour protéger les parois de l'œso-

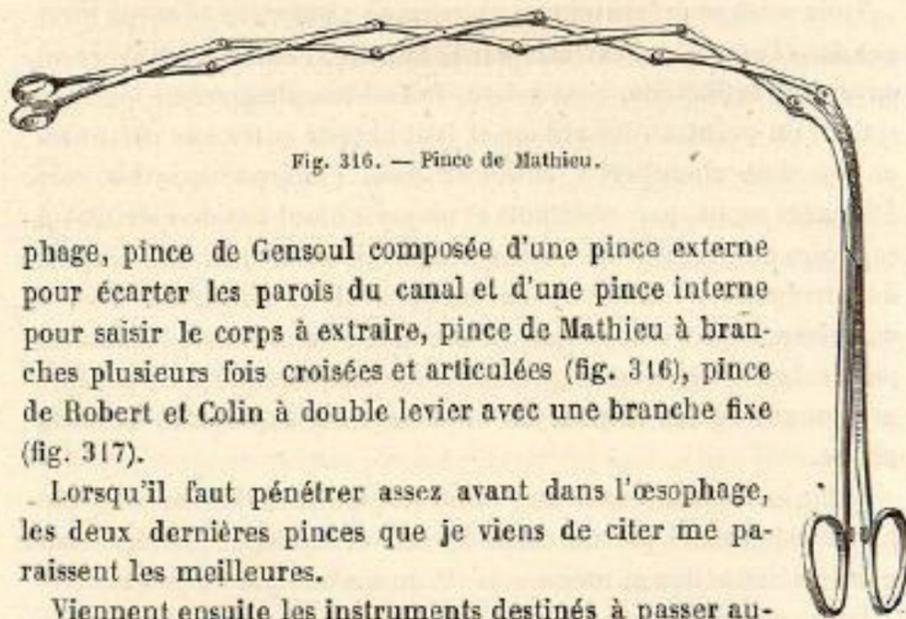


Fig. 316. — Pince de Mathieu.

phage, pince de Gensoul composée d'une pince externe pour écarter les parois du canal et d'une pince interne pour saisir le corps à extraire, pince de Mathieu à branches plusieurs fois croisées et articulées (fig. 316), pince de Robert et Colin à double levier avec une branche fixe (fig. 317).

Lorsqu'il faut pénétrer assez avant dans l'œsophage, les deux dernières pinces que je viens de citer me paraissent les meilleures.

Viennent ensuite les instruments destinés à passer au-dessous du corps étranger et à le ramener avec eux quand on les retire. Ce sont : le panier de de Græfe porté au bout d'une ba-

leine (fig. 318), l'extracteur de Baudens qui se développe comme

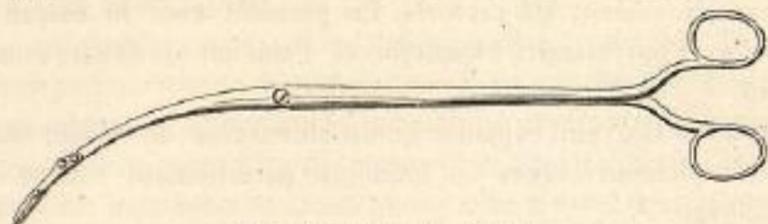


Fig. 317. — Pince de Collin.

un parapluie, un instrument analogue fait avec des soies de sanglier. Il y a aussi des crochets, celui de Rivière à une seule branche, celui de Stedman terminé par un bouton.

On a employé des anses de ficelle ou de fil métallique contenues dans une sonde, une série d'anneaux métalliques fixés à l'extrémité d'une tige de façon à jouir d'une certaine mobilité.

Viennent enfin des espèces d'écouvillons faits en linge, en filasse, en soies de sanglier, etc.

A côté de ces instruments se place l'éponge que l'on introduit au-dessous du corps étranger et que l'on retire lorsqu'elle s'est gonflée. Dans le même ordre d'idées, Béniqué a proposé de faire passer au delà du corps étranger un petit sac de baudruche fixé à une sonde en gomme élastique, de gonfler le sac par l'insufflation et de le ramener ensuite. Fontan (de Chazelles) a imaginé un instrument analogue; seulement il se sert, pour distendre la vessie inférieure, d'une certaine quantité d'eau que l'on verse dans une autre vessie qui se trouve à la partie supérieure de la sonde. En pressant avec la main la vessie supérieure, l'eau passe dans l'inférieure.

Je rappellerai, en terminant, le procédé de Leroy (Anthony) qui, ayant à extraire un haméon implanté dans l'œsophage, coupa à une certaine distance de la bouche le fil auquel il était attaché et fit glisser sur ce fil une balle de



Fig. 318. — Panier de de Græfe, modifié par Dupuytren.

fusil percée d'un canal central et puis une tige de roseau dont les nœuds avaient été perforés. En pressant avec le roseau sur la balle, il put extraire l'hameçon et l'amener au dehors sans accident.

Baud (de Louvain) rapporte qu'un chirurgien de village enleva plus simplement encore un hameçon pareillement engagé dans l'œsophage.

Sur le fil, il fit glisser une balle d'un diamètre double de celui du crochet, et qui par son poids dégagait l'hameçon.

Enfin, lorsque le corps étranger a résisté aux tentatives d'extraction, reste l'œsophagotomie externe dont j'ai décrit plus haut le manuel opératoire. Après l'opération, il faudra nourrir le malade avec la sonde œsophagienne introduite par la bouche ou par le nez.

ARTICLE II

ABDOMEN.

§ 1. **Paracentèse abdominale** (fig. 319). — On a recours à la paracentèse ou ponction abdominale dans l'ascite, pour évacuer la sérosité épanchée dans le péritoine. C'est sur la paroi abdominale antérieure que la ponction doit être pratiquée, car c'est la région où on risque le moins d'intéresser des organes importants, à la condition toutefois de choisir une portion déterminée de cette région. On devra exclure la partie supérieure, à cause de la présence à ce niveau du foie, de l'estomac et de la rate.

On en fera autant pour la partie inférieure, en raison de la présence de la vessie et des portions à peu près fixes du gros intestin. Reste donc la zone ombilicale. Le lieu d'élection adopté par les médecins français est le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic. Les Anglais ponctionnent sur la ligne blanche, à égale distance de la symphyse pubienne et de la cicatrice ombilicale, ou plus près de cette dernière.

Dans les cas où l'on a pratiqué la paracentèse sur une femme enceinte, Ollivier recommandait de la faire au niveau de la cicatrice ombilicale, Scarpa et Langstaff préféraient l'hypochondre

gauche, un peu au-dessous de la troisième fausse côte. Velpeau choisissait le flanc gauche.

Si le chirurgien conservait quelques doutes, il devrait diviser dans une petite étendue la paroi abdominale couche par couche.

On se sert, pour pratiquer la ponction, d'un trocart de moyen calibre. On peut, pour plus de commodité, adapter au pavillon de la canule un long tube en caoutchouc; avec le trocart on traverse de part en part et près d'une de ses extrémités le tube que l'on fait glisser jusqu'au près du pavillon. La ponction faite et le poinçon

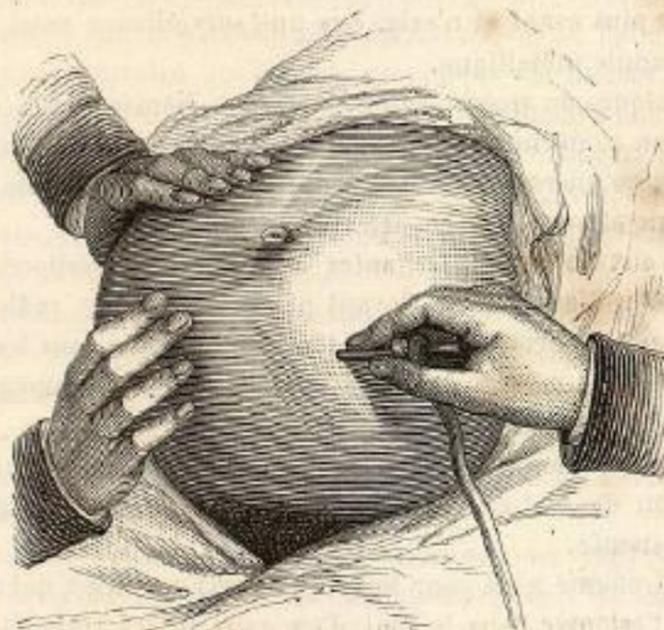


Fig. 319. — Paracentèse abdominale.

enlevé, on fait passer le pavillon de la canule dans la cavité du tube en tirant sur ce dernier, lequel forme ainsi un ajutage qui peut conduire le liquide dans un seau placé auprès du lit du malade.

Avant de faire la ponction, on s'assure que le point sur lequel on veut agir donne une matité complète à la percussion.

Le malade est couché sur le dos ou à demi-assis sur son lit, les jambes écartées. Un aide placé à droite comprime de ce côté l'abdomen avec ses mains. Le chirurgien se met à gauche; il laisse

saillir entre ses doigts la portion du trocart qu'il veut faire pénétrer et qui varie suivant l'épaisseur de la paroi, et l'enfoncé d'un coup sec. L'aide continue à comprimer.

Quand l'opération est terminée, l'aide maintient la peau au niveau de la piqûre pendant qu'on retire l'instrument. On applique dessus un morceau de diachylon ou de baudruche collodionée, et on met un bandage de corps pour comprimer l'abdomen.

Fleury (du Val-de-Grâce) a proposé d'introduire dans la canule, quand la ponction est faite, une sonde en gomme élastique et de retirer la canule, en laissant la sonde en place. La sonde peut être enfoncée plus avant et n'exige pas une surveillance aussi assidue que la canule métallique.

Si la piqûre du trocart déterminait une hémorrhagie, on l'arrêterait en comprimant la paroi abdominale entre le pouce et l'indicateur, ou en remplaçant la canule par un morceau de bougie en gomme élastique ou en cire.

Quant aux injections irritantes dans la cavité péritonéale que l'on a conseillées comme devant produire la cure radicale des ascites, elles ne conviendraient tout au plus que dans les ascites essentielles, et encore dans ces cas elles sont accompagnées de dangers qui doivent les faire proscrire.

§ 2. **Gastrotomie.** — Il règne une certaine obscurité sur la signification du mot gastrotomie, qu'il faut d'abord distinguer de la gastrostomie.

La gastrotomie n'est pour Malgaigne que l'opération qui consiste à ouvrir l'estomac dans le but d'en extraire des corps étrangers qui ne peuvent franchir le pylore et les intestins. C'est là, je crois, trop restreindre le sens de ce mot, qui me paraît devoir désigner toute ouverture faite à la paroi abdominale, avec cette remarque qu'on l'applique plus spécialement à l'ouverture de l'abdomen pratiquée dans le but de faire cesser un étranglement interne ou d'extraire des corps étrangers contenus dans l'estomac.

Lorsque la gastrotomie est pratiquée dans cette dernière intention, on fait sur la ligne blanche, au niveau de la région épigastrique, une incision de sept à huit centimètres. On a ainsi l'avantage de n'avoir à intéresser ni muscle ni vaisseau.

On arriverait plus sûrement sur l'estomac, en faisant l'incision à gauche, sur le muscle droit de ce côté, ou même en dehors de ce muscle. L'estomac ouvert, on retire le corps étranger, et on fait la suture des parois stomacales suivant un des procédés que j'indiquerai plus tard. On pratiquera également la suture de la paroi abdominale, en ayant soin d'adosser le péritoine à lui-même et laissant, s'il y a lieu, un passage pour les fils de la suture stomacale.

Quand on fait la gastrotomie pour un étranglement interne, si l'on n'a rien qui puisse indiquer le siège de l'étranglement, on doit inciser sur la portion sous-ombilicale de la ligne blanche. Lorsqu'au contraire on a quelques notions sur le lieu où existe l'étranglement, il faut diviser la paroi abdominale à ce niveau, en évitant le plus possible les vaisseaux. L'abdomen ouvert, on enlève, si faire se peut, l'obstacle au cours des matières, en déroulant l'intestin, coupant les brides, etc.; cela fait, on ferme par la suture la plaie de la paroi abdominale.

GASTROSTOMIE. — La gastrostomie (bouche stomacale, de *γαστήρ* estomac et *στόμα* bouche) est une opération instituée par Sédillot, qui consiste à pratiquer aux parois de l'estomac une ouverture maintenue permanente pour alimenter le malade, dans les cas où un obstacle siégeant au-dessus de l'estomac ou au cardia s'oppose au passage des matières alimentaires.

Lorsque l'estomac est vide, il n'est pas en rapport avec la paroi abdominale, mais il est enfoncé au-dessous du diaphragme et caché derrière le lobe gauche du foie, le colon transverse, le grand épiploon et la rate.

L'ouverture doit être faite sur la face antérieure de l'estomac, au commencement de la portion pylorique, à égale distance des deux bords.

Le chirurgien, après avoir reconnu la position du foie, fait à gauche, à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes et à six centimètres au-dessous et en dehors de l'appendice xiphoïde une incision cruciale de quatre centimètres d'étendue. Les lambeaux de peau sont disséqués et renversés en dehors. On divise successivement le feuillet antérieur de l'aponévrose, le muscle droit, le feuillet postérieur de l'aponévrose et le péritoine.

On introduit dans la plaie l'indicateur gauche qui rencontre le bord gauche du foie, le suit jusqu'au diaphragme et arrive sur l'estomac. Avec une pince courbe, on va alors chercher l'estomac que l'on amène au-dehors.

Dans un cas, Sédillot ouvrit l'estomac en étranglant avec un clamp la portion saillante; une autre fois il l'incisa et fixa par la suture les bords de la plaie à la paroi abdominale. Il a imaginé un instrument destiné à rendre inutile la suture, mais n'a jamais, je crois, eu l'occasion de l'appliquer. On pourrait du reste se servir de la double canule que l'on emploie chez les chiens à qui l'on fait une fistule gastrique. La gastrostomie est une opération tout à fait exceptionnelle.

§ 3. **Plaies de l'abdomen.** — Je n'ai à m'occuper ici que des plaies pénétrantes, c'est-à-dire de celles qui ont intéressé le péritoine, les autres restant dans la catégorie des plaies ordinaires.

Les plaies pénétrantes sans lésion des organes contenus dans l'abdomen sont incontestablement fort rares, mais leur réalité est aujourd'hui un fait acquis à la science. Si la plaie a été faite par un instrument piquant, elle n'exige pas un traitement chirurgical; quand elle résulte de l'action d'un instrument tranchant ou contondant, il faut, lorsqu'il n'y a aucun organe hernié, rapprocher les bords de la plaie et les maintenir accolés à l'aide de la suture enchevillée, de la suture entortillée ou de la suture entrecoupée faite avec des fils métalliques. On doit avoir soin, en faisant ces sutures, d'adosser le péritoine à lui-même, en raison de la facilité que les membranes séreuses ont à contracter des adhérences.

Voyons maintenant les cas où l'épiploon hernié fait saillie à travers la plaie.

Si le chirurgien est appelé immédiatement après l'accident et qu'il trouve l'épiploon parfaitement sain, qu'il n'éprouve aucune difficulté à le réduire, il devra le faire rentrer dans la cavité abdominale.

Quand, au contraire, l'épiploon sera sorti de l'abdomen depuis un certain temps, qu'il aura été blessé, sali, il faut l'abandonner à l'extérieur en le recouvrant d'un pansement émollient. Il pourra arriver alors une des trois éventualités suivantes : la portion

herniée rentrera spontanément et graduellement, ou elle se mortifiera, ou bien encore elle restera saillante à l'extérieur. Dans ce dernier cas seulement, le chirurgien aura à intervenir pour détruire cette portion herniée.

La ligature en masse expose à des dangers; la ligature extemporanée, l'excision pratiquée en liant seulement les vaisseaux valent certainement mieux, mais le procédé d'élection est la cautérisation et de préférence la cautérisation avec la pâte de Canquoin.

Lorsque les intestins non intéressés par l'agent vulnérant font saillie à l'extérieur, l'indication est de les réduire. Il faut, pour cela, faire coucher le malade, lui faire fléchir les cuisses et soutenir sa tête élevée de façon à relâcher la paroi abdominale. La distension par des gaz de la portion d'intestin herniée rend la réduction difficile. On pourra l'aider en attirant à l'extérieur de nouvelles anses intestinales, en ponctionnant l'intestin avec un trocart capillaire; quand ces moyens restent inefficaces, il faut, en dernier ressort, débrider les lèvres de la plaie.

Si un seul débridement ne suffit pas, on en pratiquera deux ou plusieurs, en ayant soin de ne pas intéresser de vaisseau. On peut débrider de dehors en dedans, en coupant couche par couche la peau, les muscles, etc.; quand on est arrivé au péritoine, il faut le diviser avec une sonde cannelée, de peur d'intéresser les intestins.

Le débridement peut aussi se faire de dedans en dehors en conduisant un bistouri boutonné sur une sonde cannelée ou mieux sur le doigt.

L'intestin réduit après avoir été lavé avec soin à l'eau tiède pour peu qu'il ait été sali, on réunira la plaie de la paroi abdominale, comme je l'ai dit ci-dessus. Ce que j'ai dit de l'intestin s'applique également à l'estomac.

On réintroduira de même dans la cavité abdominale tout autre viscère hernié, foie, rate, etc.

Dans certains cas, on a pu retrancher des portions en partie détachées du foie et de la rate chez des malades qui ont survécu.

Nous allons étudier maintenant les cas où l'intestin a été blessé.

PLAIES DE L'INTESTIN (fig. 320, 321, 322, 323). — Deux cas peuvent