

pour ne l'ouvrir que plus tard. Nous croyons qu'il est plus rationnel d'opérer en un temps, quitte à ne pas se servir tout d'abord de la fistule créée, si le malade peut encore avaler quelque peu. L'établissement précoce de la bouche stomacale n'a, comme nous l'avons montré par des faits, aucun inconvénient, la fistule ne laissant rien couler et le malade digérant comme s'il n'avait pas la fistule.

Lors de nos premières gastrostomies, nous avons suivi de point en point le

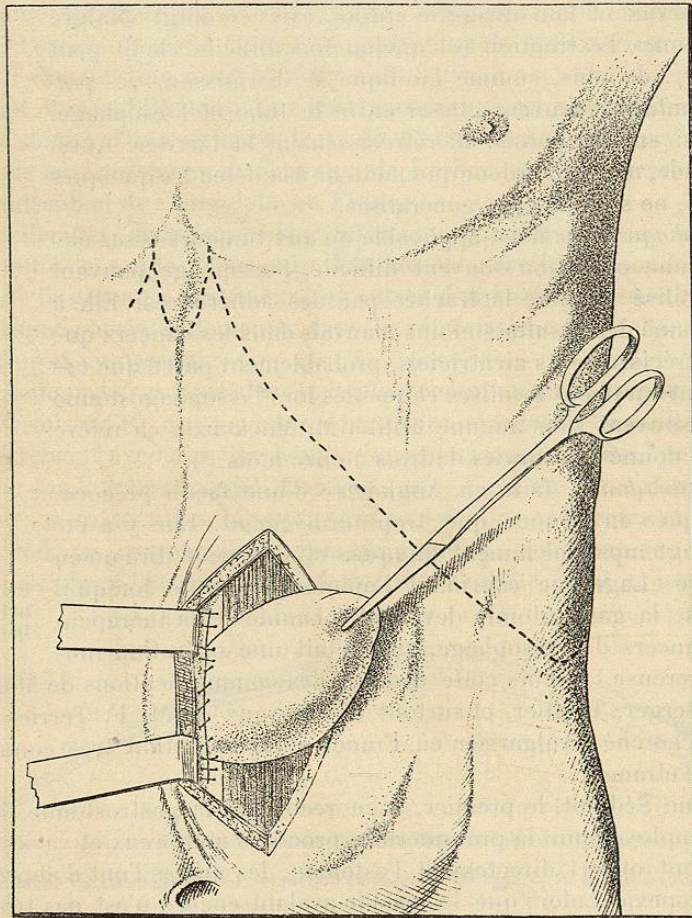


FIG. 105. — L'estomac est fixé aux lèvres fibro-séreuses de l'incision profonde médiane.

procédé de notre maître Terrier : incision parallèle et un peu au-dessous du rebord costal gauche ; fixation de l'estomac par des points ne perforant pas la muqueuse, ouverture du viscère aussi petite que possible ; suture de la muqueuse à la peau. La seule modification que nous avons apportée au manuel opératoire suivi a été la suppression des obturateurs, ceux-ci n'aboutissant qu'à dilater la fistule et à permettre l'écoulement du suc gastrique au dehors. On obtient ainsi des bouches stomacales fonctionnant parfaitement, admettant avec facilité une petite sonde rouge pour l'alimentation et ne permettant, dans l'intervalle des cathétérismes, aucun écoulement de liquide, celui-ci étant empêché par le simple accollement des plis de la muqueuse le long du trajet.

La petite modification, suppression de tout obturateur, que nous avons apportée à son procédé, a été immédiatement adoptée par le professeur Terrier et semble aujourd'hui généralement acceptée à Paris.

Cette manière de faire avait toutefois un inconvénient. L'incision latérale, parallèle au rebord costal, ne permet pas l'exploration aussi bien que l'incision médiane. Malheureusement dans la gastrostomie médiane, lors de la dispari-

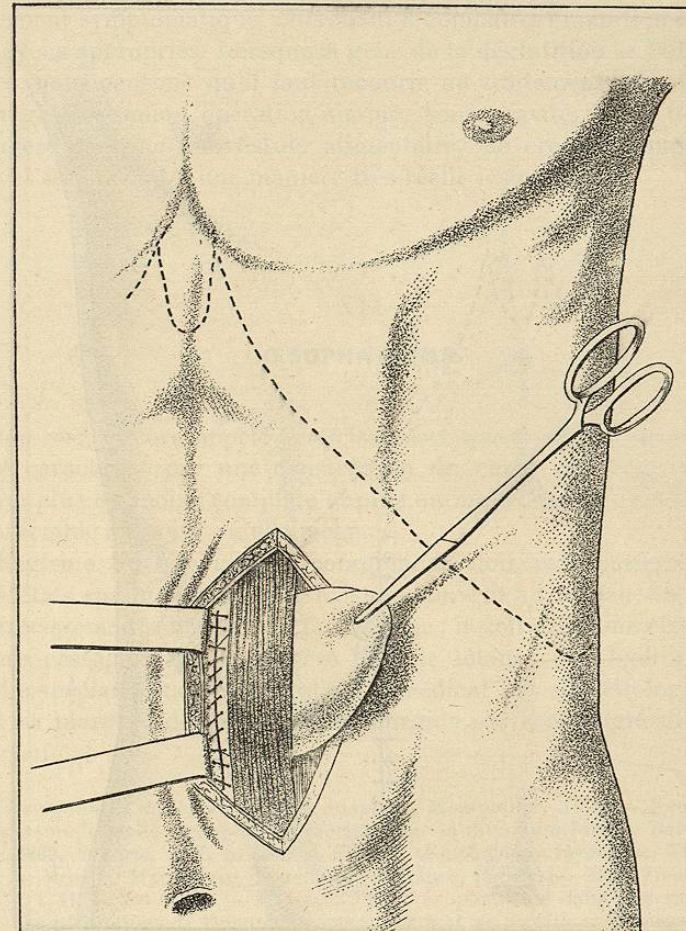


FIG. 106. — L'estomac est attiré entre la face profonde du muscle droit et le feuillet postérieur de sa gaine, puis entre deux faisceaux du droit.

tion complète du pannicule adipeux, orifice cutané et orifice muqueux arrivent à se mettre au contact. Partant, plus de canal intermédiaire, plus de plis muqueux, plus de continence des matières alimentaires ou du suc gastrique.

Aussi avons-nous cherché à concilier les avantages de l'incision médiane au point de vue de l'exploration avec ceux de l'incision latérale qui, traversant une grande épaisseur de muscles, assure la formation d'un canal d'une certaine longueur⁽¹⁾. Nous opérons aujourd'hui de la manière suivante :

Incision verticale à 2 centimètres 1/2 à gauche de la ligne médiane,

(1) HARTMANN, Gastrostomie. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 255.

longue de 10 centimètres environ, se terminant à un niveau correspondant à l'ombilic; section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, du feuillet antérieur de la gaine du muscle droit antérieur de l'abdomen.

La gaine du muscle ouverte, nous inclinons laèvre interne de l'incision, de manière à mettre à découvert le feuillet profond de cette gaine en dedans du bord interne du muscle.

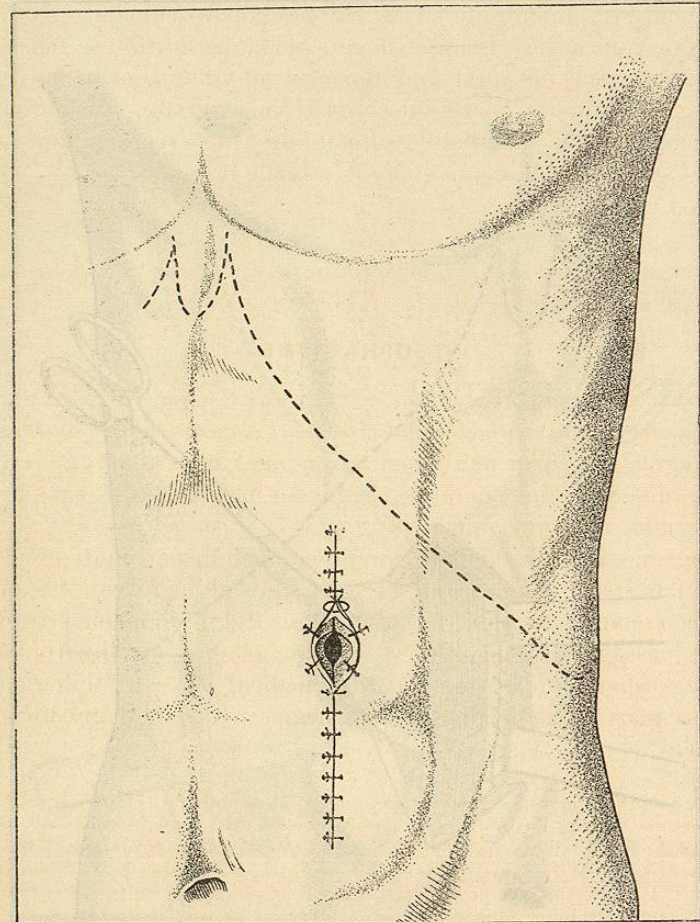


Fig. 107. — La muqueuse stomacale est fixée à la peau au niveau de l'incision cutanée latérale.

Incision de ce feuillet profond et ouverture du péritoine sur la ligne médiane; nous pouvons alors facilement explorer l'estomac.

Nous attirons celui-ci au dehors, le fixons par un surjet séro-séreux aux lèvres de l'incision péritonéale (fig. 105).

Puis, d'un coup de sonde cannelée, nous dissocions, suivant une ligne verticale, deux faisceaux du muscle droit. Attirant l'estomac entre le feuillet profond de la gaine et la partie interne du muscle, nous l'amenons ensuite entre les deux faisceaux dissociés (fig. 106), suturons les tuniques musculo-séreuses de l'estomac aux lèvres de l'aponévrose antérieure sectionnée et ouvrons le viscère sur une très petite étendue pour fixer la muqueuse à la peau. Le reste de

la plaie est réuni par trois étages de sutures (fig. 107). Pansement avec un peu de carbonate de magnésie et de la gaze stérilisée.

L'estomac décrit ainsi un canal inflexe entre la face profonde du muscle droit et sa gaine, puis entre deux faisceaux du muscle.

On voit, par cet exposé, que les ressources qu'offre la thérapeutique contre le cancer de l'œsophage sont minimes, et que, le plus souvent, il faut se borner à un traitement symptomatique, cherchant à combattre l'inanition et la douleur par des moyens appropriés. Lorsque la gêne de la déglutition se fait sentir pour les liquides, nous pensons qu'il faut recourir au traitement palliatif par excellence, à la gastrostomie: opération simple, sans gravité, permettant d'établir d'une manière certaine une fistule alimentaire, ne créant aucune difformité apparente et soulageant d'une manière très réelle les malades.

XII

ŒSOPHAGISME

L'œsophagisme, encore appelé *rétrécissement spasmodique*, *spasme de l'œsophage*, est caractérisé par une constriction du canal pharyngo-œsophagien; constriction plus ou moins complète et plus ou moins durable sans lésion organique appréciable au point où elle siège.

L'œsophagisme, tel que nous le comprenons, doit, par conséquent, être distingué des états spasmodiques, qui existent souvent au niveau des néoplasmes ou des rétrécissements fibreux de l'œsophage; il doit de même être différencié des spasmes passagers qu'on observe dans le tétanos ou l'hydrophobie. C'est une maladie spéciale, une névrose, d'ordre médical par son étiologie, ses symptômes et sa marche, dépendant du chirurgien par son diagnostic et surtout son traitement.

COURANT, *De nonnullis morbis convulsivis œsophagi*, Montpellier, 1778. — BROCA (P.), Rétrécissement spasmodique de l'œsophage; guérison par la dilatation forcée. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1869, 2^e série, t. X, p. 280. — SENEY, *Œsophagisme chronique*. Thèse de Paris, 1873, n^o 210. — MORELL MACKENZIE, Spasmodic stricture, paralysis. *Med. Times and Gazette*, London, 1876, t. II, p. 456 et 564. — RAYNAUD, De l'œsophagisme dans ses rapports avec la dilatation et les ulcérations de l'œsophage. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1877, t. III, p. 5. — NASSE, *Du traitement des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1878, n^o 425. — BRAZIER, *Contribution à l'étude de l'œsophagisme, des spasmes de l'œsophage et du rétrécissement spasmodique de cet organe*. Thèse de Paris, 1879, n^o 574. — DEROÏDE (L.), *Sur une variété peu connue d'œsophagisme réflexe*. Thèse de Lille, 1879, n^o 40. — BERNHEIM, art. ŒSOPHAGISME du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 1880, 2^e série, t. XIV, p. 529 (bibl.). — POTAIN, Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. *Gazette des hôp.*, Paris, 1885, p. 75. — GAILLARD-LACOMBE, Deux cas d'œsophagisme liés dans un cas à un cancer de l'estomac, dans l'autre à un cancer œsophagien situé loin de l'obstacle. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1885, 5^e série, t. II, p. 95. — BERTRIN (L.), *De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin*. Thèse de Paris, 1884-1885, n^o 252. — PFLIMLIN, *Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1885-1886, n^o 256. — CHASSAGNY, Du cathétérisme dans l'œsophagisme. *Union médicale*, Paris, 1886, 3^e série, t. XLII, p. 445. — DARDEL, Dysphagie spasmodique chez une fillette de neuf ans. *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1881, t. VII, p. 157. — NETCHAÏEFF, Névroses réflexes. *Bull. méd.*, Paris, 1888, p. 898.

Etiologie. — Gendron a observé l'œsophagisme chez un vieillard; Courant,