

quée pour des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage; 12 opérés ont succombé dans les premières semaines et 13 ont vécu plus longtemps.

On ne saurait donc contester l'indication de la gastrostomie basée sur l'existence d'un carcinome de l'œsophage, et, d'autre part, cette opération s'impose toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un rétrécissement simplement cicatriciel, que l'on n'est pas parvenu à guérir par d'autres moyens, comme dans les cas de VERNEUIL et de TRENDELENBURG. Mais il importe de ne pas temporiser dès que l'on a reconnu la nécessité de l'établissement d'une fistule stomacale. On ne devra pas attendre que l'inanition ait éteint la dernière étincelle de force vitale, et que le malade soit incapable de supporter même la plus légère intervention chirurgicale. Ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, la péritonite ne joue qu'un rôle très secondaire; les malades meurent parce qu'ils sont trop faibles pour pouvoir être conservés à la vie.

Pour ouvrir l'estomac on a imaginé nombre de procédés, parmi lesquels les plus connus sont ceux de SÉDILLOT et de FENGER. L'opération doit être nécessairement pratiquée avec les précautions antiseptiques, et pour préserver le péritoine de l'infection, le meilleur moyen, à notre avis, c'est d'opérer en deux temps. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur cette question. Ce que l'on doit exiger en première ligne de la méthode opératoire, c'est que, après avoir fait l'incision des parois abdominales, on trouve facilement l'estomac. On doit bien tenir compte du fait que l'on est presque toujours obligé d'opérer sur un estomac complètement vide et, par conséquent, de petit volume, abstraction faite naturellement des cas dans lesquels on incise sur un corps étranger proéminent.

Il est rare que l'on puisse dilater l'estomac dans le cours de l'opération, soit en faisant avaler au malade des poudres effervescentes (JACOBI), soit d'après la méthode de SCHOENBORN et de SCHREIBER, en introduisant dans l'estomac, au bout d'une sonde œsophagienne, un ballon en caoutchouc, dans lequel on insuffle ensuite de l'air; en effet, en règle générale, le rétrécissement de l'œsophage ne permet pas d'user de ces moyens. Une petite partie seulement de l'estomac se présente à l'épigastre sous le bistouri de l'opérateur. Lorsque cet organe est complètement vide, il se contracte fortement, sa paroi augmente d'épaisseur, et sa cavité n'est pas plus spacieuse que celle de l'intestin vide. Le champ opératoire dans la région épigastrique est compris entre la pointe de l'appendice xiphoïde et le milieu d'une ligne menée de cet appendice à l'ombilic; c'est un peu à gauche de cette ligne que l'on devra inciser les parois abdominales pour arriver sur l'estomac, car l'incision pratiquée sur la ligne médiane conduirait directement sur le pylore. Or, la région pylorique ne se prête pas aussi bien à l'établissement d'une fistule qu'un point voisin du grand cul-de-sac de l'organe.

L'incision cutanée sera donc dirigée un peu obliquement de droite à gauche et de haut en bas, parallèlement au bord de la portion cartilagineuse de la 8^e côte, et à environ 2 centim. de ce bord; elle doit avoir une longueur de 4 à 7 centim. suivant l'épaisseur des parois abdominales¹. On divise dans la même direction les couches profondes; le muscle droit doit être le plus souvent sectionné, au moins partiellement. On lie immédiatement les artères et les veines qui donnent du sang. Puis vient l'ouverture du péritoine sur la même ligne. A droite on aperçoit alors presque toujours le bord du lobe gauche du foie grâce aux mouvements respiratoires que présente cet organe. TRENDELENBURG fait remarquer que l'estomac vide ne peut pas être reconnu d'emblée dans le fond de la plaie. La règle habituelle consiste à introduire le doigt de bas en haut le long du bord du lobe gauche du foie, sous le diaphragme, puis à le glisser à gauche et en bas sur la paroi antérieure de l'estomac; il se peut que dans ce dernier temps de l'exploration, le doigt arrive en contact avec l'épiploon et la rate. Mais ce procédé ne suffit pas pour éviter toute cause d'erreur, et surtout pour distinguer sûrement l'estomac du côlon transverse. Le signe distinctif le plus sûr entre l'estomac vide et le côlon, c'est que le premier est nu, tandis que la surface du côlon est recouverte par l'épiploon. Aussi TRENDELENBURG conseille-t-il d'attirer légèrement l'épiploon, ce qui permet de reconnaître l'insertion de ce dernier sur le côlon ainsi que sur l'estomac. Le trajet caractéristique de l'artère gastro-épiploïque et de la veine de même nom fait aisément trouver l'insertion de l'épiploon sur la grande courbure de l'estomac.

Une fois l'estomac reconnu, une seconde condition s'impose à la méthode opératoire. Celle-ci, en effet, doit permettre d'ouvrir l'estomac et de fixer les bords de la plaie stomacale aux lèvres de l'incision des téguments, sans que le contenu de ce viscère s'écoule dans la cavité abdominale. Lorsque l'estomac est vide, on n'a guère à craindre un pareil accident. On saisit la paroi antérieure de l'organe et on l'attire un peu en dehors de la plaie. Puis on fait quelques points de suture réunissant la paroi stomacale aux bords de l'incision des téguments; les fils ne doivent pas pénétrer jusque dans l'estomac, mais comprendre seulement la séreuse et la musculaire; ils ne servent qu'à fixer provisoirement la portion de paroi stomacale qui doit être incisée. Un moyen encore plus simple de fixation provisoire consiste à introduire transversalement une longue aiguille à travers les bords de la plaie des téguments et la paroi de l'estomac. Il est vrai que l'on n'est point encore fixé sur les avantages et inconvénients de ce dernier procédé, de même que

1. LABBÉ conseille de pratiquer l'incision le long du cartilage de la 9^e côte. Il donne comme point de repère le sommet du cartilage de la 10^e côte qui est rattaché à la 9^e par un ligament de 6 à 7 mm. de hauteur. Au-dessus de la saillie du cartilage de la 10^e côte existe une dépression que l'on rencontre en suivant de bas en haut avec le doigt le rebord des fausses côtes (TILLAUX). (Note du Trad.)