

(sonde ailée) pour maintenir l'intestin éloigné du bistouri. On a proposé divers instruments pour l'incision : celui de Bienaise, le bistouri gastrique de Morand, le bistouri-lime de J. L. Petit. On se sert particulièrement aujourd'hui du bistouri de Pott. (Voy. *Hernies abdominales et Débridement.*)

L'épiploon peut être également libre ou étranglé. Dans le premier cas, il est généralement sain, et il doit être réduit immédiatement. Dans le second, il est sain ou gangrené. Étranglé et sain, il est remis en place après débridement de la plaie, bien que dans certains cas il ait été de préférence abandonné aux ressources de la nature. M. H. Larrey a montré à l'Académie de médecine un malade dont la hernie épiploïque, suite d'une plaie de la paroi abdominale, s'était réduite spontanément en presque totalité, et dont la guérison s'était achevée sans aucun accident consécutif. Si l'épiploon est gangrené, la conduite à tenir varie suivant les circonstances. L'épiploon est-il hernié et peu volumineux, on en abandonne la séparation à la nature. Si la portion mortifiée est considérable, on l'excise avec des ciseaux, en tranchant dans le mort près du vif, sans réduire. On a soin, avant d'exciser l'épiploon, de le développer, s'il n'est pas trop induré, pour ne pas entamer les parties vivantes, et pour s'assurer que la tumeur épiploïque ne renferme pas d'intestin. Le conseil d'exciser dans les parties mortifiées est fondé sur la crainte plusieurs fois justifiée de voir, après la réduction, un épanchement se former dans l'abdomen. Anciennement on excisait dans le vif, après avoir fait la ligature au-dessus du point sur lequel devait porter l'excision. Les mauvais effets de cette pratique et les expériences de Pipelet et de Louis y ont fait renoncer.

2^o Plaies de l'estomac. M. Sédillot a rassemblé dans son *Mémoire sur la gastrostomie* plus de vingt exemples de plaies de l'estomac accidentellement produites par instruments tranchants, piquants ou contondants, et suivies de guérison. La curabilité de ces plaies n'est donc pas douteuse, mais elle est exceptionnelle, en raison de l'impossibilité habituelle de prévenir l'épanchement dans l'abdomen et les péritonites mortelles qui en sont la suite.

Percy, Laroche, Rubestrat, Cartenat, Pastor ont pratiqué la suture de la plaie et réduit l'estomac. Lesseré, ayant échoué dans ses tentatives de réduction, laissa le viscère hors de l'abdomen. Les matières alimentaires s'écoulèrent en partie pendant plusieurs semaines par la fistule stomacale, et au bout de deux mois la hernie s'était spontanément réduite et la guérison était complète. L'indication capitale est de prévenir tout épanchement intra-abdominal, et dans ce but la suture de la plaie de l'estomac ou le maintien de

ce viscère au dehors, pendant le développement d'adhérences pré-servatrices et curatives, sont les moyens les plus assurés de la guérison. Ces considérations expliquent pourquoi les blessures sont moins dangereuses pendant la réplétion du ventricule, dont la paroi s'applique alors contre la paroi abdominale en repoussant en bas le colon transverse et le grand épiploon, que pendant sa vacuité.

Gastrostomie. M. Sédillot a donné ce nom (bouche stomacale : γαστήρ, estomac ; στόμα, bouche) à une opération par laquelle on établit aux parois de l'estomac une ouverture permanente pour fournir à l'alimentation une voie artificielle chez les malades qu'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia condamne à mourir d'inanition.

On pourrait s'étonner, au premier abord, de l'idée de déplacer l'orifice alimentaire et de le transporter à la paroi abdominale. Comment oser diviser cette paroi, inciser le péritoine, rechercher et trouver l'estomac, le perforer, maintenir les surfaces des plaies en contact, éviter l'hémorrhagie, les épanchements et l'inflammation, conserver la fistule ouverte, et non-seulement prévenir la sortie des matières gastriques, mais encore introduire directement par la même voie des substances nutritives, et entretenir ainsi l'alimentation et la vie ?

La gastrostomie que M. Sédillot a pratiquée, et qui a été répétée par M. le professeur Fenger (de Copenhague), n'est exempte, sans doute, ni de difficultés ni de dangers, mais un examen approfondi des conditions anatomo-pathologiques et physiologiques qui s'y rattachent montre la possibilité de surmonter, avec succès, les obstacles qu'elle présente.

Indications. Beaucoup de rétrécissements de l'œsophage, situés dans les régions thoracique et abdominale, deviennent mortels, par l'impossibilité où sont les malades de se nourrir. Ce ne sont pas les altérations souvent légères et peu étendues, telles qu'une atrésie cicatricielle produite par l'ingestion de l'acide sulfurique, un diverticulum membraneux, la présence d'une tumeur fibreuse, qui constituent essentiellement la gravité de l'affection, c'est l'inanition qui condamne le patient à mourir. Dans les cas plus graves, où le tissu morbide est épithélial ou cancéreux, le mal local est quelquefois encore peu développé, indolent, et la santé resterait intacte pendant un temps très-long, si le passage des aliments n'était entièrement interrompu. Un des opérés de M. Sédillot, qui avait maigri en quelques mois de cinquante kilogrammes, et chez lequel les liquides n'arrivaient même plus à l'estomac, portait une petite tumeur épithéliale non ulcérée, de la grosseur d'une noisette,

dans l'épaisseur de l'œsophage; il est bien certain qu'une telle lésion, considérée en elle-même et indépendamment de toute influence fonctionnelle, n'offrirait aucun danger immédiat, et ne pouvait exercer une action funeste sur l'issue d'une opération entreprise dans de pareilles conditions.

Les indications de la gastrostomie comprennent donc tous les cas où la mort par inanition est imminente, par suite de rétrécissements sans gravité immédiate par eux-mêmes, et dont le siège est placé au niveau ou au-dessous de la clavicule. Nous avons démontré, dans le chapitre précédent, que les plaies de l'estomac ne sont pas mortelles et que l'épanchement en fait le seul danger. Les fistules stomacales permanentes ne sont nullement incompatibles avec la vie et la santé. Percy, Cornax, Covillard, C. Mentzel, P. Borel, Foubert et beaucoup d'autres en ont observé, comme nous, des exemples, et personne n'ignore les belles expériences sur la digestion publiées par le docteur Beaumont. Ce chirurgien américain les entreprit sur un de ses malades, jeune Canadien qu'il avait guéri d'une énorme plaie produite par un coup de mousquet tiré à bout portant. La poitrine et l'abdomen avaient été ouverts, le poumon avait été atteint et déchiré, l'estomac largement perforé, et cependant le blessé se rétablit parfaitement, malgré la persistance d'une fistule gastrique, qui se ferma spontanément par la hernie de la muqueuse, et permettait à volonté des injections de substances alimentaires, qu'il était facile de faire écouler au dehors aux différentes phases de la digestion.

La pathologie humaine ne laisse donc aucun doute sur la réussite de la gastrostomie, au point de vue opératoire, puisque l'on se propose d'imiter la nature elle-même et de produire, dans un but de soulagement et de guérison, des effets que le hasard et la violence ont déjà plusieurs fois déterminés.

L'expérience apprend que les opérations faites sur les hommes souffrants et affaiblis offrent ordinairement plus de chances de succès que les opérations pratiquées dans des conditions de force et de santé, et il est démontré que les atrésies œsophagiennes qui réclament la gastrostomie ne compromettent pas directement la vie.

La seule question incertaine est de savoir comment l'alimentation stomacale sera dirigée et supportée. L'observation clinique donne à cet égard d'importants renseignements, puisqu'on a pu nourrir dix-huit mois, au moyen de la sonde œsophagienne, la malade de Taranget, et que d'autres chirurgiens ont prolongé comme M. Sédillot l'existence de leurs malades par le même procédé. Quelques expériences sur les animaux ont confirmé ces résultats d'une manière fort remarquable. M. Sédillot a diminué la quantité de matières

alimentaires injectées dans l'estomac d'un chien, nourri depuis quatre mois par sa bouche stomacale. L'animal ayant maigri en quelques jours de 300 grammes, on augmenta la proportion des aliments, et, peu de temps après, il avait recouvré son poids, et même dépassé celui qu'il avait au moment de l'opération. La seule objection à opposer à ce mode d'alimentation serait relative à l'insalivation, mais cette objection paraît déjà réfutée par les exemples précédemment cités d'alimentation par la sonde œsophagienne. M. Sédillot a cherché à oblitérer l'œsophage par la ligature sur plusieurs chiens, mais ce procédé est défectueux. Le fil coupe les tissus, qui adhèrent et se reforment au dehors de la ligature, et celle-ci tombe dans le nouveau conduit œsophagien, qui se trouve rapidement et complètement rétabli. Si des faits ultérieurs démontraient, au reste, la nécessité de l'insalivation, rien ne serait plus facile que de faire remplir cette indication par le malade lui-même ou par toute autre personne.

Anatomie chirurgicale. L'estomac, placé à la partie gauche et supérieure de l'abdomen, est immédiatement en rapport : en haut, avec le diaphragme; à droite, avec le foie; à gauche, avec la rate; en bas, avec le colon transverse et les anses de l'intestin grêle, dont il est séparé par le grand épiploon. En avant, les rapports de l'estomac varient selon l'état de distension ou de vacuité de ce viscère. Dans le premier cas, le colon transverse est refoulé en bas, et la paroi antérieure de l'estomac s'applique immédiatement contre la face postérieure des parois abdominales et peut descendre jusqu'au-dessous de l'ombilic. Dans l'intervalle des repas, et à plus forte raison lorsque l'estomac est privé d'aliments depuis un temps plus ou moins long, il est enfoncé au-dessous et en arrière du diaphragme, et caché ou recouvert par le lobe gauche du foie, le colon transverse qui remonte jusqu'au diaphragme, une portion du grand épiploon et le lobe supérieur de la rate. Dans aucun cas néanmoins, on ne pourrait sur l'homme confondre l'estomac avec le colon, même en supposant ces organes rétrécis et atrophiés par une inanition prolongée. Le colon est étroit, fortement bosselé et mobile entre l'épiploon gastro-colique, qui en fixe le bord supérieur, et le grand épiploon, qui en continue le bord inférieur. L'estomac reste fixe en deux points, le pylore et le cardia; il est renflé à gauche, offre une surface lisse et les artères coronaires splénique et hépatique, qui en bordent assez lâchement la grande courbure.

On arrive facilement à l'estomac en ouvrant l'abdomen, le long des fausses côtes, à partir de l'appendice xiphoïde. On ne rencontre dans cette région que les anastomoses assez déliées de l'épigastrique,