

de la mammaire interne et des branches intercostales. Les plans musculaires sont minces en dehors du muscle droit; mais en divisant transversalement ce muscle, à deux travers de doigt des fausses côtes, on est très-rapproché du milieu de la face antérieure de l'estomac, et l'on tombe immédiatement sur le plan aponévrotique des muscles plus profonds et sur le péritoine. Le point de repère le plus sûr, pour ne pas s'égarer, nous paraît être le lobe gauche du foie. Dès qu'on l'a trouvé, on en suit la surface latérale jusqu'au diaphragme; on rencontre l'estomac au-dessous de ce muscle, et l'on repousse avec facilité le colon transverse en bas et en arrière. M. le professeur Michel a proposé de se guider sur l'épiploon gastro-splénique, mais ce point de repère est plus profond, plus éloigné et plus difficile à reconnaître que le lobe gauche du foie.

Procédé opératoire. Les instruments dont se sert M. Sédillot sont: un bistouri, une pince à dissection ordinaire, des érignes à main, une pince courbe à mors arrondis et mousses pour saisir l'estomac sans le blesser, un cylindre d'ivoire de 0^m,005 sur 0^m,1 de longueur, terminé par une pointe aiguë d'acier ou un *clamp*. Le malade, couché sur le dos, la poitrine et les cuisses élevées, est anesthésié. Le chirurgien, placé à sa droite, reconnaît par la palpation et par la percussion la position du foie, et pratique à gauche et à deux travers de doigt du rebord des fausses côtes, et à 0^m,06 au-dessous et en dehors de l'appendice xiphôide et au-dessus de l'ombilic K (fig. 472), une incision cruciale H de 0^m,04 d'é-

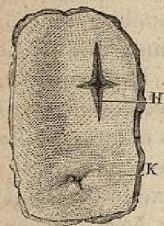


Fig. 472.

tendue. Les lambeaux tégumentaires sont détachés, renversés de dedans en dehors et soutenus par des érignes. On divise transversalement l'aponévrose qui recouvre le muscle droit, puis ce muscle, dont les fibres se rétractent en haut et en bas et laissent apercevoir l'aponévrose subjacente et le péritoine. On ouvre ces dernières par-

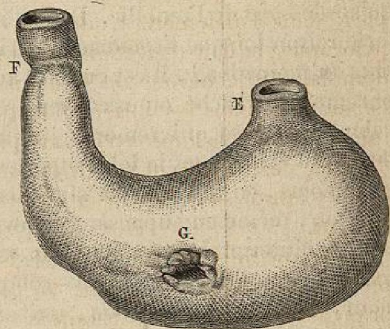


Fig. 473.

ties en dédolant, et l'on entend quelquefois l'air extérieur pénétrer en sifflant dans la cavité abdominale. On introduit dans la plaie le doigt indicateur de la main gauche, avec lequel on suit le bord gauche du foie jusqu'à la face inférieure du diaphragme: on rencontre l'estomac, sur lequel le doigt appuie, en refoulant en bas le colon transverse. C'est le moment de faire glisser le long du doigt ainsi fixé l'extrémité de la pince courbe, dont les mors saisissent l'estomac, sans possibilité d'erreur, et l'amènent au dehors. Le chirurgien retire l'indicateur et examine l'organe qu'il a sous les yeux, pour en bien constater la nature et fixer le point où il doit l'ouvrir. On sait que l'estomac est composé de deux portions très-distinctes: l'une, cardiaque ou splénique E (fig. 473), très-large, dans laquelle s'accablent et se tassent les aliments et où s'accomplit la chymification; l'autre, pylorique F, beaucoup plus étroite. Au moment de la digestion, l'estomac est agité d'un mouvement péristaltique, pendant lequel le chyme déjà formé est chassé vers le pylore, et d'un mouvement opposé ou antipéristaltique, servant à repousser les substances incomplètement liquéfiées, qui n'ont pu franchir le pylore. C'est au commencement de cette seconde portion, souvent indiquée par un rétrécissement annulaire très-marqué, qu'il faut établir la fistule G, à égale distance de la grande et de la petite courbure de l'estomac, vers le milieu de sa face antérieure. Quant au point d'intersection ou de rencontre des deux portions stomacales, on l'apprécie par la distance de la partie herniée au pylore F, qu'il est toujours facile de reconnaître avec le bout du doigt reporté dans l'abdomen. L'adhérence et l'immobilité de l'extrémité pylorique, le lieu d'élection choisi pour l'ouverture des parois abdominales et la hernie de l'estomac conduisent assez exactement l'opérateur. Dans les observations que nous rapporterons, la fistule avait été formée avec une précision mathématique à égale distance des deux orifices et des courbures du ventricule; en tous cas il y aurait sans doute peu d'inconvénients à s'en écarter légèrement.

Dans une de ses opérations, M. Sédillot a ouvert l'estomac par mortification, en étranglant la portion herniée entre les deux branches d'une pince ou clamp laissée à demeure. Une autre fois il eut recours à une incision et à la suture des lèvres de la plaie stomacale avec la peau.

La présence des fils n'est pas sans danger par l'ulcération suppurative qu'ils provoquent, les tractions auxquelles ils exposent, et l'imminence consécutive des épanchements et des péritonites. M. Sédillot a proposé de traverser simplement une petite portion de la paroi stomacale avec un cylindre d'ivoire, armé d'une pointe

d'acier et reposant à quelques centimètres de la plaie tégumentaire, sur un appui circulaire de liège ou de toute autre substance. De cette manière, la division de la paroi abdominale serait comblée par l'estomac ; le contact entre ce dernier et la plaie assuré ; l'immobilité acquise, et les adhérences protectrices formées avant la section stomacale, sans pression ni autres causes d'étranglement et de phlogose, et par conséquent avec toute sorte de sécurité contre la péritonite. Il est toutefois important de se rappeler que les parois stomacales sont fort épaisses et qu'il faut une assez grande force pour les maintenir au dehors et en empêcher la réduction spontanée. Si la tige d'ivoire paraissait déterminer une division ulcéreuse trop rapide, on devrait recourir à l'action d'une pince, d'un clamp ou d'un entérotome, en attendant la production d'adhérences assez fortes pour n'avoir pas à craindre d'épanchements. Nous croyons également indiqué de ne rien injecter dans l'estomac avant l'établissement complet de la fistule. On soutiendrait momentanément les forces par des injections nutritives rectales. Nous sommes convaincu qu'en suivant ces préceptes, on obtiendra des succès, et l'im-

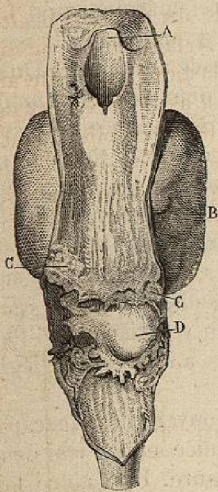


Fig. 474.

perfection du manuel opératoire nous paraît expliquer les revers essayés.

Le rétrécissement œsophagien de l'un des malades opéré par M. Sédillot était causé par une tumeur très-dure, ovoïde, blanchâtre, de 0^m,035 de hauteur, sur 0^m,028 de largeur. Le nerf pneumogastrique gauche s'y engageait, et y disparaissait pour en émerger un peu plus bas. Le microscope démontra la nature épithéliale du tissu morbide. (Voy. l'excellente *Thèse sur la gastrostomie* de M. le docteur Wimpffen, Strasbourg 1850). Il est de toute évidence que le mal local ne pouvait exercer aucune influence fâcheuse sur la santé générale, ni sur l'issue de l'opération, et que l'impossibilité de manger était la seule cause immédiate du danger. Chez le second malade, on constata une ulcération également épithéliale, dont la

gravité était sans doute beaucoup plus grande, mais qui n'était pas assez avancée pour compromettre immédiatement la vie.

Une première ulcération C C (*fig. 474*) avait détruit toute l'épaisseur de la muqueuse au-dessous du niveau du larynx A, entouré d'un corps thyroïde B assez volumineux. Une seconde section ulcé-

rative de la muqueuse D, existait à 0^m,02 environ de la première, et laissait une sorte de sac ou d'excavation intervallaire, où s'arrêtaient et s'accumulaient les aliments. Ces malades, ainsi qu'un troisième, atteint d'un épithélioma suppuré, succombèrent assez rapidement : l'un au bout de vingt-quatre heures, à un affaiblissement progressif ; le second, deux jours plus tard, à un commencement de péritonite ; le troisième, au bout d'une huitaine de jours, à un épanchement intra-abdominal de matières alimentaires, injectées avant que les adhérences stomacales eussent acquis une résistance suffisante.

Il est manifeste que les conditions eussent été plus favorables si l'on avait opéré dans des cas de cicatrices fibreuses de nature bénigne, dont tant d'exemples mortels sont cités chaque année, sans que les chirurgiens fassent aucun effort pour en triompher.

Soins consécutifs. La formation d'une fistule stomacale doit être complétée par des moyens mécaniques, propres à prévenir tout écoulement au dehors des matières gastriques, et à permettre l'introduction des aliments. Dans quelques cas, la fistule est naturellement fermée par la muqueuse stomacale, qui s'y engage et forme bouchon. C'est ce qui avait lieu chez le malade du docteur Beaumont ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il faut employer un obturateur. Un tampon de linge, de gomme élastique etc. pourrait être mis en usage. Une malade que M. Sédillot a vue aux eaux de Wildbad, confiée aux soins d'un des médecins de cet établissement, supportait parfaitement le premier de ces moyens. L'on se servirait aussi avec avantage d'une canule d'argent, simple ou à deux valves,

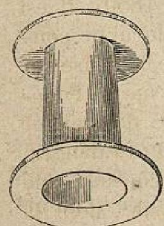


Fig. 475.

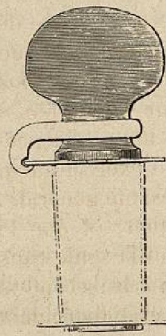


Fig. 476.

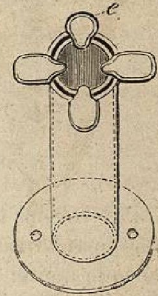


Fig. 477.

destinée à l'occlusion de la plaie et aux injections alimentaires. M. Sédillot a fait construire plusieurs modèles de ces instruments, dont quelques-uns ont servi dans ses expériences. La *fig. 475* re-