

Sédillot, que le lobe gauche du foie est le guide le plus sûr pour arriver sur la paroi antérieure de l'estomac qui est toujours en contact avec ce lobe.

Voici donc le procédé opératoire qui me paraît le meilleur pour pratiquer la gastrotomie. Rechercher d'abord la ligne transversale reliant les deux neuvièmes côtes signalée par Charles Labbé. A 1 centimètre en dedans des fausses côtes gauches (et l'on ne saurait trop se rapprocher du rebord du thorax), pratiquer une incision de 6 centimètres parallèle à ce rebord, incision aboutissant par son extrémité inférieure à la ligne sus-indiquée. On divise successivement les diverses couches de la paroi abdominale sans rencontrer le droit antérieur.

Le péritoine ouvert, rechercher l'organe qui se présente. Si c'est le côlon transverse (on le reconnaîtra à son aspect bosselé), l'abaissant avec un doigt, on recherchera le lobe gauche du foie; au-dessous de ce lobe, on rencontrera à coup sûr la paroi antérieure de l'estomac, reconnaissable à son aspect grisâtre

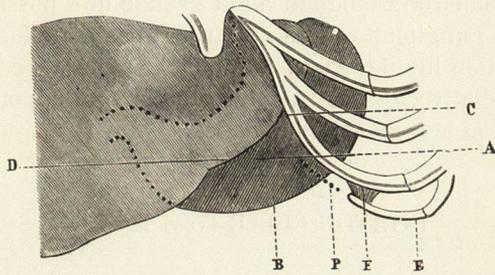


Fig. 236. — *Rapports de la face antérieure de l'estomac avec le foie, les cartilages costaux et la paroi abdominale antérieure.*

A, face antérieure de l'estomac.  
B, grande courbure de l'estomac.  
C, cartilage de la 9<sup>e</sup> côte.  
D, lobe gauche du foie.  
E, cartilage de la 10<sup>e</sup> côte.

F, ligament reliant les cartilages des 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> côtes.  
P, ligne pointillée indiquant l'incision qu'il convient de pratiquer pour découvrir la face antérieure de l'estomac.

et absolument lisse. On verra en même temps le grand épiploon partir de la grande courbure.

Si l'on ouvre l'estomac pour établir une bouche stomacale à la suite d'un rétrécissement de l'œsophage, on fixera nécessairement les bords de la plaie viscérale aux bords de la plaie abdominale. S'il s'agit, au contraire, de l'extraction d'un corps étranger, on suturera avec la plus grande attention la plaie stomacale et l'on réduira le viscère dans la cavité abdominale.

Il est bon de savoir que, si près que l'on soit du rebord costal, l'incision portera toujours sur un point beaucoup plus rapproché du pylore que du grand cul-de-sac, ce qui résulte de la direction de l'estomac sur laquelle je viens d'insister.

Lorsque, au lieu de la face antérieure de l'estomac, on désire découvrir le pylore, l'incision précédente ne convient plus. J'ai dit, plus haut, que le cardia et le pylore étaient, en général, situés sur le trajet d'une ligne légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite. Nous pouvons ajouter, pour plus de précision et comme point de repère, que le cardia correspond au bord gauche du sternum, tandis que le pylore est situé sur le prolongement du bord droit de cet os.