

piliers du diaphragme, circonscrivant l'orifice œsophagien, et, plus bas, le ligament suspenseur du mésentère.

Nous avons alors enlevé complètement le foie (fig. 44) pour disséquer le ligament de Treitz. L'estomac relevé sur le foliole droit du diaphragme et ayant ainsi décrit, autour d'une ligne verticale passant par l'orifice œsophagien du diaphragme et le pylore, une rotation de 180 degrés, nous découvrons la totalité de l'anse duodénale, et l'angle duodéno-jéjunal, auquel vient s'insérer le ligament de Treitz, prolongement du pilier droit du diaphragme. A gauche de ce pilier droit (dans le flanc droit du fœtus) apparaît le ligament suspenseur du pylore.

Les deux clichés suivants (fig. 45 et 46) sont moins bien modelés. Ce fait tient à ce que, au lieu de placer le sujet verticalement ou sur un plan incliné, nous l'avons photographié en plein air, couché sur le dos. Les ombres font presque complètement défaut par suite de cet éclairage diffus.

Chez ce sujet, le foie était très hypertrophié (fig. 45), et le ligament suspenseur, habituellement oblique de haut en bas et de gauche à droite (fig. 41), ou, dans le cas de légère hypertrophie du foie, vertical (fig. 47), se montrait oblique en bas et à gauche. Cette disposition se trouvait due à l'hypertrophie

du lobe droit de la glande hépatique, qui s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche.

La vésicule biliaire, habituellement située à 4 ou 5 centimètres à droite du plan médian antéro-postérieur, était presque médiane.

Le côlon transverse, au lieu d'être légèrement ascendant (fig. 41), plonge vers le pubis, pour remonter ensuite, en décrivant les 2 branches d'un V (fig. 46), jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate.

Sur la gauche de la vésicule biliaire (à droite par rapport au lecteur), on aperçoit, dans l'angle rentrant que forment les 2 lobes du foie, le cul-de-sac prépylorique de l'estomac (fig. 45).

Le foie enlevé, nous remarquons combien est bizarre la forme de cet estomac, qui est triangulaire, et absolument vertical jusqu'au point le plus déclive de l'antré du pylore, pour devenir ascendant dans sa partie terminale. Cette dernière portion est située entièrement à gauche du plan médian, dont le pylore est distant de 2 centimètres (fig. 46). Cet estomac a été représenté schématiquement page 32, figure 21 et page 38, figure 29.

Sur la figure 46, la deuxième portion du duodénum est tangente par son bord gauche au plan médian, et la moitié gauche du côlon transverse remonte dans l'hypochondre gauche jusque vers

l'extrémité inférieure de la rate, cachée par la grosse tubérosité de l'estomac.

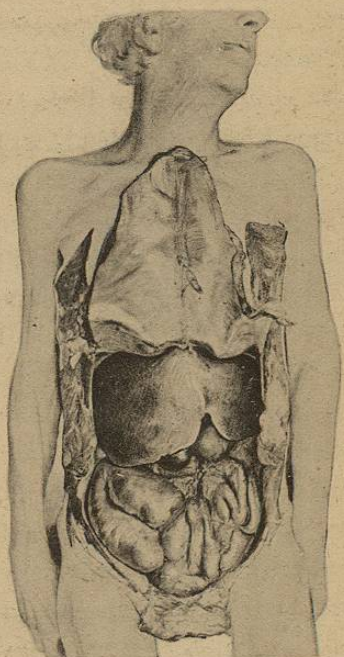


FIG. 45.

Le déplacement à gauche du pylore et du duodénum paraît avoir été déterminé chez ce sujet, de même que la direction du ligament suspenseur du

foie, par l'énorme augmentation de volume du lobe droit de cet organe, qu'ont suivi, dans sa migration

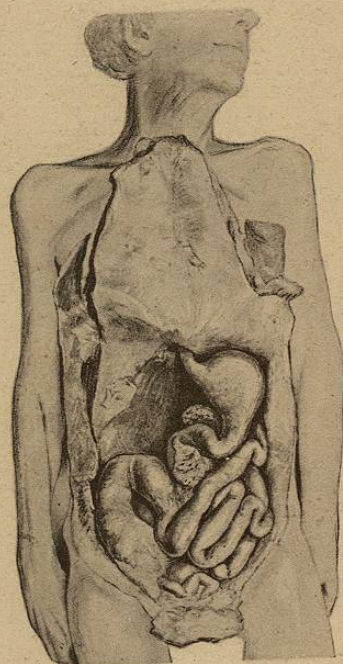


FIG. 46.

vers la gauche, le ligament suspenseur du pylore, dépendance de l'épiploon gastro-hépatique, et le pancréas.

Un autre de nos sujets nous réservait une surprise plus grande encore (fig. 47, 48, 49 et 50).

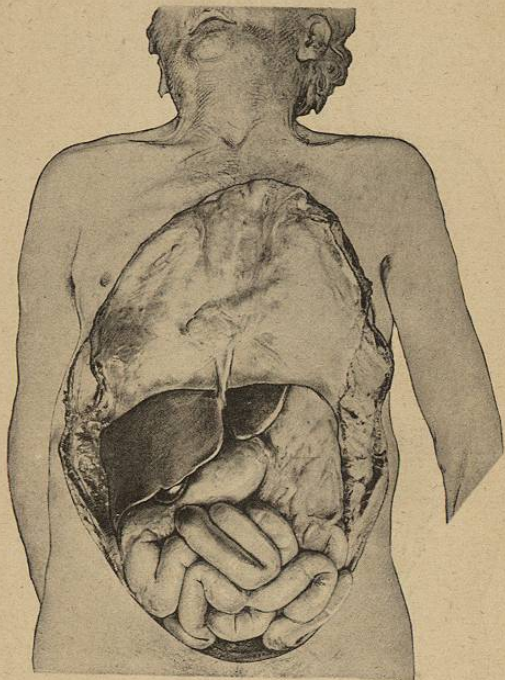


FIG. 47.

Rien de remarquable à l'ouverture du ventre. Le foie présentait ses rapports habituels et recouvrait entièrement le pylore. Le côlon transverse,

très nettement ascendant ainsi qu'on l'observe le plus souvent (fig. 47), cachait ce qui eût pu appa-

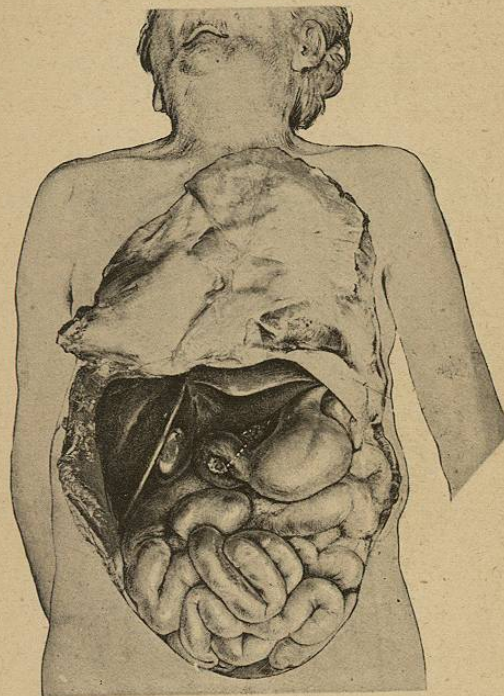


FIG. 48.

raître de l'estomac au-dessous du lobe gauche du foie, qui offrait peu d'étendue.

Nous avons alors détaché le grand épiploon et

soulevé le foie avec une érigne. Puis nous l'avons fixé à la paroi chondro-costale par une ligature.

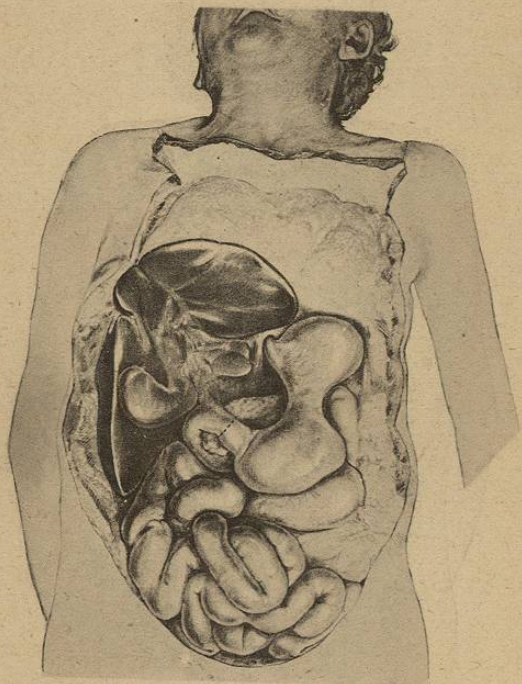


FIG. 49.

— Nous avons alors aperçu le pylore et l'extrémité inférieure de l'estomac, — dont la situation était à peu près verticale.

Nous avons tout d'abord recherché la situation exacte du pylore, qui semblait situé à gauche de

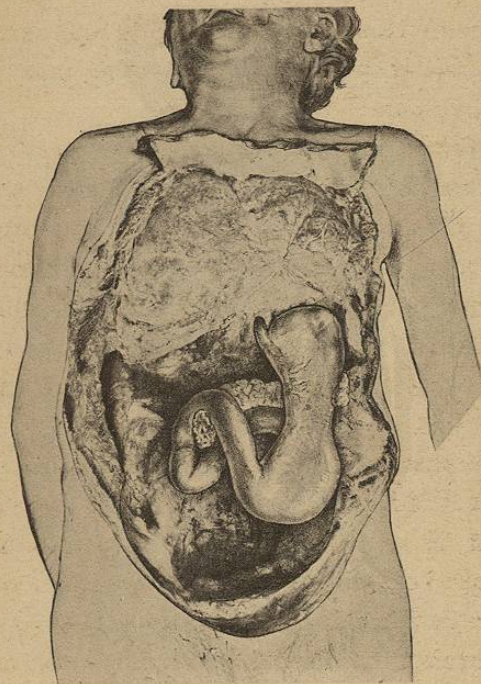


FIG. 50.

la ligne médiane, au point où se termine, sur la figure 48, l'antrum du pylore, dilaté et globuleux.

En saisissant entre les doigts l'origine du duo-

dénum, nous avons constaté que le pylore n'était pas situé à l'endroit où le faisait supposer la forme extérieure de l'estomac, mais bien à 3 centimètres plus haut. Nous avons marqué le point exact avec de la craie en poudre. On l'a repéré, pour plus de clarté, en pointillé, sur la figure 48.

La forme générale de l'estomac nous semblait d'ailleurs différer de ce que nous avons généralement observé. Sous le rebord chondro-costal gauche, la partie moyenne du viscère était recouverte par une anse d'intestin grêle (fig. 48).

Afin de mieux observer les rapports, nous avons entièrement soulevé le foie et la paroi chondro-costale (fig. 49).

L'estomac nous est alors apparu dans son ensemble. C'était un estomac en bissac, avec rétrécissement de sa partie moyenne. L'anse d'intestin grêle que l'on remarque dans la concavité du bord gauche de l'estomac, au niveau de l'étranglement, se trouvait donc en cette situation pour combler le vide qui existait au niveau de la grande courbure par suite de cette anomalie (fig. 49). Le lobe de Spiegel mis à nu après l'ablation de l'épiploon gastro-hépatique, nous avons constaté que l'étranglement se trouvait exactement situé au niveau de la queue du pancréas.

L'étranglement de l'estomac ne semblait correspondre à aucune lésion anatomique. Il existait simplement en ce point une sorte d'épaississement des fibres circulaires, un véritable sphincter. Après que nous avons eu entièrement détaché le foie et la totalité de la masse intestinale, l'estomac a changé de forme, par suite du prolapsus de l'antra du pylore, rempli de liquide, vers la fosse iliaque (fig. 50). L'étranglement de la partie moyenne de l'estomac s'est trouvé de ce fait d'autant moins apparent que nous avons enlevé la totalité des replis séreux de la région, afin de mieux faire voir la direction ascendante du pancréas et la situation de la quatrième portion du duodénum et de l'anse initiale du jéjunum, qui décrivent avec l'antra du pylore un 8 horizontal (fig. 50).

Nous avons enfin photographié un estomac considérablement dilaté (fig. 51), dont le cul-de-sac inférieur descendait jusqu'au-devant du promontoire et recouvrait une partie de l'S iliaque. L'axe du pylore était absolument vertical. On distingue nettement sur notre photographie le ligament suspenseur du pylore, qui s'épanouit le long de la portion terminale, verticalement ascendante, de la petite courbure.

La deuxième portion du duodénum est remplie

de gaz. Cette pièce représente un des degrés les plus accentués de dilatation gastrique que l'on

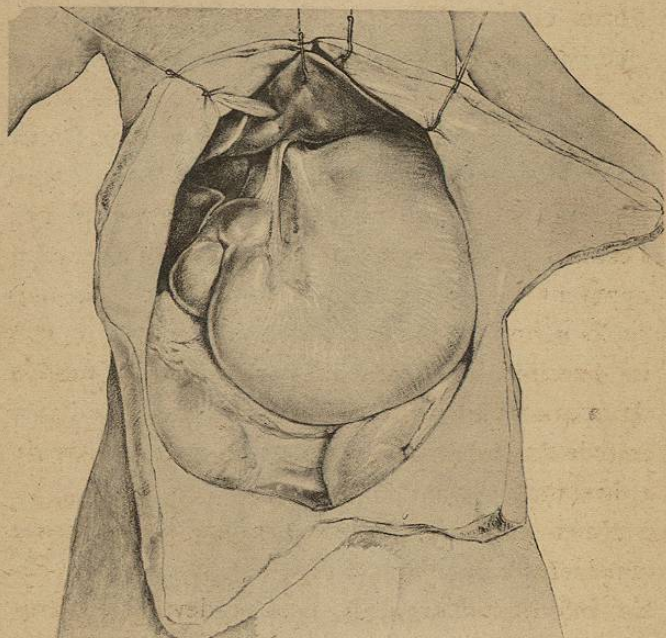


FIG. 51.

puisse observer. C'est d'après ce cliché qu'ont été dessinées les figures schématiques 9, 11 et 60.

PHYSIOLOGIE

A. — ROLE DU PYLORE

La physiologie de l'estomac et du duodénum ne pouvait que pâtir des descriptions anatomiques inexactes des auteurs classiques, d'après lesquelles les physiologistes ont édifié sans contrôle des théories purement spéculatives sur les phénomènes mécaniques de la digestion.

Envisageons au contraire les phénomènes mécaniques de la digestion stomacale, non plus d'après les anciens errements, mais en tenant compte de la situation et de la forme exactes du viscère : — Dans l'état de vacuité, le pylore occupe le point le plus déclive du réservoir gastrique; le séjour dans la cavité gastrique des boissons ou des aliments ne pourra donc se produire qu'autant que le sphincter