

APPENDICE

Nous terminerons cette étude chirurgicale des

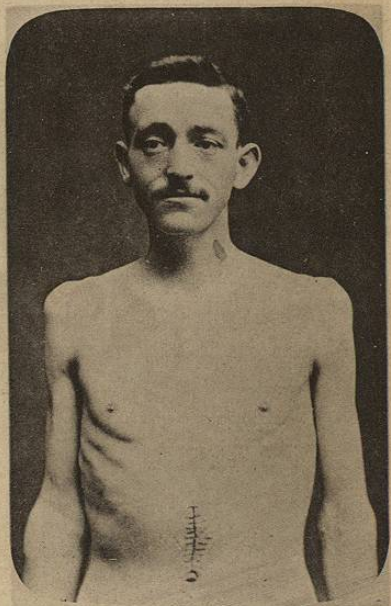


Fig. 168.

affections de l'estomac en reproduisant les photographies de deux de nos opérés, l'un (fig. 168) âgé de 22 ans et représenté quelques semaines après une opération de pyloréctomie avec gastro-entérosto-

res épineuses caractéristiques, par groupes de 3 ou 4, spores qu'il est si facile de reconnaître, au cas où il y a présomption de sténose pylorique, à l'examen

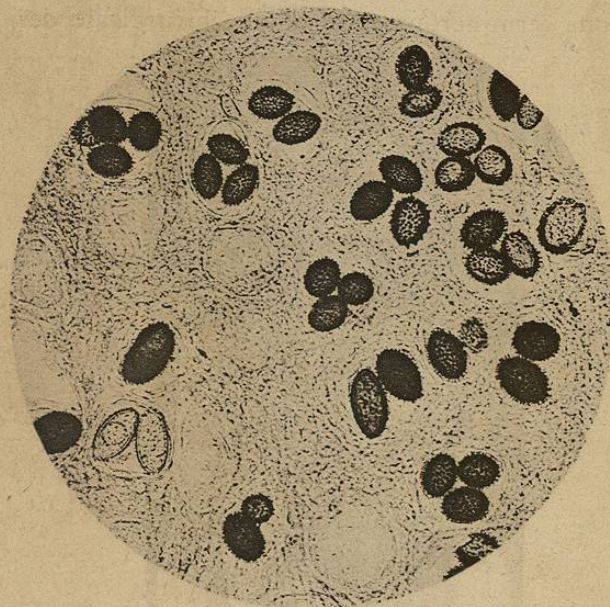


Fig. 173.

histologique des ingesta. Ces figures permettront au lecteur de faire le diagnostic de la sténose pylorique en employant le procédé clinique que nous avons indiqué pages 193 et 209.

L'étude que nous venons de faire de quelques-unes de nos pièces démontre : 1° que l'examen histologique permet de distinguer à coup sûr, si la coupe porte en un point opportun, les lésions inflammatoires des lésions néoplasiques; 2° qu'il existe sur certaines pièces une transition insensible entre les lésions de l'ulcère et celles du cancer.

Et si jusqu'alors il est impossible de déceler l'élément infectieux qui, venant se greffer sur une surface déjà altérée, telle qu'un ulcère de l'estomac, vient à l'infiltrer progressivement et à envahir le voisinage, l'examen histologique des tissus est une démonstration suffisante de cette évolution du cancer.

Nous n'avons pas observé sur ces pièces fraîches de coccidies, et nous n'insisterons pas sur ce point, nos recherches sur les éléments infectieux et la contagiosité du cancer ne pouvant trouver place dans ce livre purement chirurgical.

Il nous suffira, pour corroborer l'étude histologique que nous venons de faire, de rappeler que nos pièces ont été enlevées sur le vivant, et qu'elles ont été fixées par les réactifs sans trace d'altération cadavérique. Notre interprétation a été confirmée par l'examen des professeurs Cornil, de Paris, et Coyne, de Bordeaux.

VI. — POLYPES DE L'ESTOMAC

En dehors des cas de sténose par lésion cicatricielle ou organique, le pylore peut être oblitéré par suite de l'engagement d'un polype pédiculé de

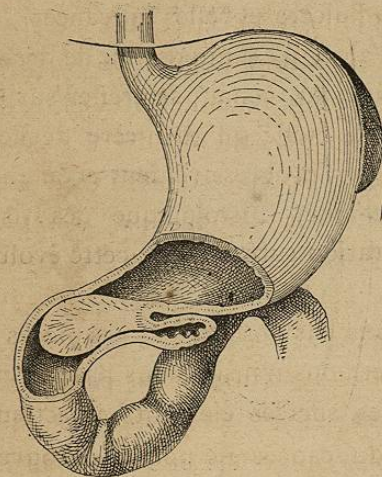


FIG. 103.

l'estomac. Cruveilhier et Cornil en ont signalé plusieurs cas suivis de mort (fig. 103).

VII. — STÉNOSES DE CAUSE EXTRA-PARIÉTALE

Nous signalerons enfin les rétrécissements occasionnés par une simple coudure juxta-pylorique du

duodénum et consécutifs à des poussées répétées de péritonite localisée, par la compression d'une masse ganglionnaire, par le voisinage d'un anévrysme, d'un kyste hydatique, etc. Il peut se produire également un étranglement proprement dit du pylore par tor-

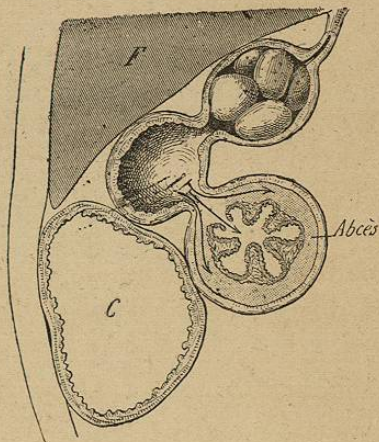


FIG. 104.

sion ou par traction, étranglement susceptible de s'accroître à mesure que l'estomac se dilate.

Il s'agissait enfin, chez une de nos dernières opérées, d'une lithiase biliaire ancienne, compliquée de poussées successives de péritonite. La vésicule abcédée s'était ouverte dans le duodénum, au voisinage du pylore (Observ. n° 10, *Pylorect.*) et y

avait déterminé une suppuration interstitielle diffuse, sous-muqueuse, compliquée de signes de sténose totale et d'infection hépatique (fig. 104).

VIII. — RÉTRÉCISSEMENT ANNULAIRE DE L'ESTOMAC ESTOMAC EN BISSAC

Nous devons signaler, à propos des rétrécissements du pylore, une lésion susceptible de donner lieu à des symptômes analogues.

Cette affection est le rétrécissement annulaire de l'estomac. Mentionnée par divers auteurs, cette lésion, bien que peu commune, a été rencontrée un certain nombre de fois comme trouvaille d'autopsie.

On a même prétendu que la biloculation de l'estomac de l'homme pouvait être un phénomène physiologique.

Glénard dit avoir observé 3 cas d'estomac en sablier sur 40 autopsies. Cette proportion est exceptionnelle.

L'estomac en sablier est le plus souvent constitué par deux loges à peu près égales, séparées par une sorte d'anneau musculaire, par un véritable sphincter. On remarque très bien cette disposition planche 49 et fig. 105. Cet estomac, que nous avons ren-

contré au cours de nos recherches anatomiques, était absolument sain.

Parfois, le rétrécissement de l'estomac est la conséquence de la cicatrisation d'un ulcère de la petite courbure ou de plusieurs ulcères voisins. La dispo-

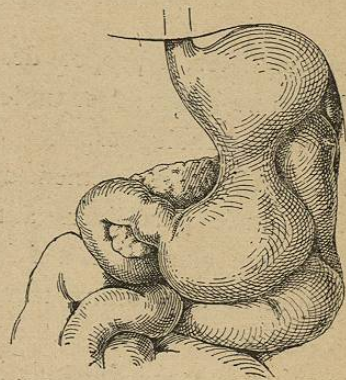


FIG. 105.

sition anatomique figurée ci-contre serait éminemment favorable à la production d'une sténose cicatricielle de la partie moyenne de l'estomac, un pareil rétrécissement devant exposer le sujet à la production d'un ulcère rond.

M. Millot a observé, chez un singe du Muséum, un estomac en sablier. La sténose était de nature tuberculeuse.

Nous avons nous-mêmes rencontré sur le vivant et opéré avec succès un cas de sténose cicatricielle de la partie moyenne de l'estomac. Le segment inférieur avait subi une sorte de rotation qui accentuait le rétrécissement (fig. 106). Cet estomac, que nous

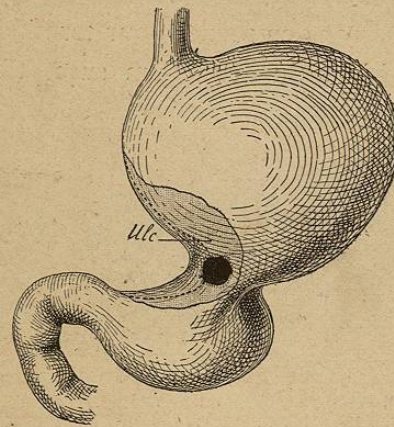


FIG. 106.

représentons ci-contre, a donné lieu à une opération des plus intéressantes, car il nous a fallu imaginer sur-le-champ, en présence de cette lésion inattendue, un procédé opératoire nouveau. La malade a guéri.

C'est le premier cas d'estomac en sablier qui ait été observé sur le vivant et qui ait donné lieu à une intervention sanglante.

B. — LÉSIONS DU DUODÉNUM

Nous passerons en revue, pour terminer ce chapitre, les lésions du duodénum susceptibles d'en-

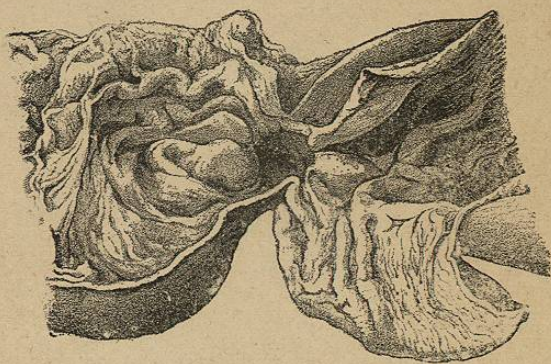


FIG. 107.

traver le libre passage du chyme dans le jéjunum et justiciables, de ce fait, des mêmes procédés opératoires que les lésions du pylore.

L'histoire clinique de l'ulcère du duodénum a été faite par Bucquoy en 1887 et aucun des symptômes

décrits par ce maître ne paraît avoir perdu l'importance qu'il leur a primitivement attribuée.

Nous ferons de larges emprunts, pour la description des lésions du duodénum, à la remarquable monographie du docteur Henri Collin, fils de M. Col-

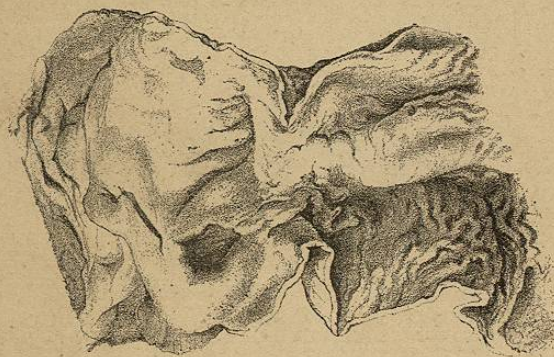


FIG. 108.

lin, de Paris, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie.

Le duodénum est, après l'estomac, celle de toutes les parties du tube digestif où l'ulcère rond se montre le plus fréquent (H. COLLIN).

La lésion avoisine d'habitude la valvule pylorique.