

toile très-mince constituée par le seul péritoine, sur lequel on aperçoit à peine çà et là quelques vestiges des autres membra-

L'estomac présente un volume énorme. A l'aspect de cette sorte d'immense cornemuse, j'annonçai que nous trouverions un obstacle au cours des matières à travers le pylore. Cet organe, ainsi dilaté, remplissait non-seulement l'hypochondre gauche, mais tout le côté gauche de la cavité abdominale, jusque vers la fosse iliaque (1). C'était évidemment là la cause de cette saillie ou tuméfaction, que nous avons constatée pendant la vie. Cette tuméfaction avait, en effet, la forme et la direction de l'estomac. A peine les parois de cette vaste poche furent-elles incisées, qu'il s'écoula de la cavité une sorte de *magma* épais, offrant une grande ressemblance avec du chocolat, et exhalant une odeur aigre des plus pénétrantes. On peut évaluer à près de deux litres la quantité de matières contenues dans l'estomac. (Et ce malheureux, la veille de sa mort, voulait sortir, parce que, disait-il, il n'avait pas assez à manger!) Malgré l'énorme dilatation de l'estomac, ses parois n'étaient amincies que dans une partie de leur circonférence, et spécialement vers la grosse tubérosité. La portion pylorique de la membrane muqueuse de l'estomac offrait une rougeur vive, ardente, due à une injection pointillée très-fine, et assez uniformément répandue. Cette portion tranchait avec celle qui tapisse le grand cul-de-sac, laquelle était brunâtre, ardoisée, et beaucoup moins injectée. Dans cette dernière portion, la membrane muqueuse était ramollie et complètement détruite en plusieurs points. Tout près du pylore, on voyait les restes de deux ulcérations ovalaires, situées l'une au-devant de l'autre. Leur fond était lisse et entouré d'un rebord épais, d'un quart de ligne environ de profondeur, se continuant avec ce même fond. Le travail de la cicatrisation était très-avancé dans ces deux ulcérations. Ce travail était plus avancé encore dans une autre ulcération, placée environ à un pouce de distance des deux précédentes, ayant une forme arrondie et un pouce de diamètre; le fond de cette ulcération, formé par un tissu cellulaire injecté, était environné d'une espèce de bourrelet très-saillant. L'orifice du pylore formait une sorte d'infundibulum, dont l'ouverture duodénale n'avait guère qu'une ligne de diamètre (elle laissait à peine passer l'extrémité d'une sonde cannelée ordinaire).

(1) Le diamètre longitudinal de ce viscère avait au moins un pied, et, dans la grosse tubérosité, le diamètre transversal égalait presque le vertical.

nes. De semblables cas ont déjà été très-bien décrits par M. Louis, avec son exactitude et sa sagacité ordinaires.

Les différentes altérations que nous venons d'étudier ne se forment pas, avec une égale fréquence, à toutes les époques de la vie. Rien n'est plus rare, par exemple, que d'observer l'induration squirrheuse du tissu cellulaire gastrique avant l'âge de trente-cinq à quarante ans. Sous ce rapport, l'observation suivante nous a paru devoir être citée.

#### IV<sup>e</sup> OBSERVATION.

Squirithe de l'estomac chez un sujet âgé de vingt-deux ans. Premiers symptômes de la maladie à l'âge de dix-neuf ans.

Un homme, âgé de vingt-deux ans, ressentit à l'âge de dix-

Autour de ce pertuis, les parois de l'estomac sont indurées, épaissies, induration et épaississement qui se continuent vers le duodénum, dans une étendue d'un pouce à un pouce et demi. L'épaisseur des parois du duodénum et du cercle pylorique est de quatre à cinq lignes. La surface de la section qu'on pratique dans les parois indurées et hypertrophiées, est d'un blanc grisâtre nuancé d'une teinte bleuâtre; le tissu de ces parois offre un aspect lardacé, crie légèrement sous le scalpel qui les incise, et l'on y trouve, en un mot, tous les caractères du squirithe de l'estomac, tel qu'il a été décrit par M. le professeur Andral. Dans la portion du duodénum, ainsi transformée en matière squirrheuse, on reconnaît encore la présence de la membrane muqueuse. Le reste du tube digestif ne présentait aucune altération notable. Il avait seulement diminué considérablement de volume, et était réellement atrophié. Il y avait dans le gros intestin une certaine quantité de matières fécales d'une consistance médiocre.

Dans le tiers inférieur de l'œsophage, on voyait plusieurs dépressions arrondies, à fond lisse et poli, entourées d'un bord peu saillant, ayant un diamètre de trois à quatre lignes d'étendue. Ces dépressions nous parurent être des ulcérations cicatrisées. La membrane muqueuse œsophagienne était, d'ailleurs, d'un blanc pâle ou grisâtre.



neuf ans des douleurs assez vives à l'épigastre. Dès cette époque ses digestions commencèrent à se déranger; il était tourmenté par des rapports acides, et un sentiment de pesanteur incommode vers la région de l'estomac dès qu'il avait pris des aliments; il maigrissait et dépérissait de jour en jour; cependant il ne vomissait pas. Au bout de deux ans seulement le malade commença à éprouver des nausées fréquentes, et à vomir de temps en temps ses aliments et ses boissons. Ces vomissements, d'abord rares, se rapprochèrent de plus en plus: ordinairement ils avaient lieu trois ou quatre heures après le repas. Lorsque le malade entra à la Charité, il était dans un état de marasme effrayant; il vomissait presque tous les jours; une tumeur bien dessinée se faisait sentir à l'épigastre, à droite de l'apophyse xiphoïde. Le malade, après un assez court séjour à l'hôpital, succomba à un dépérissement graduel. Il avait offert tous les symptômes généraux et locaux d'une affection organique de l'estomac dans son plus grand état de simplicité. L'ouverture du cadavre justifia le diagnostic qu'on en avait porté. On trouva la portion pylorique de l'estomac, et le pylore lui-même, dégénérés en matière squirrhuse, avec mélange de matière encéphaloïde non ramollie.

Cette observation, qui est principalement importante sous le rapport de l'âge du sujet, présente quelques autres circonstances dignes de fixer notre attention.

Les nausées et les vomissements ne commencèrent à se manifester que deux ans après l'apparition des autres symptômes, tels que dérangement des digestions, rapports acides, etc.; les douleurs lancinantes à l'épigastre, nulles ou peu intenses chez tant d'individus, furent toujours très-vives chez notre jeune malade. Le système nerveux, plus développé chez lui en raison de son âge, était-il plus affecté, et ressentait-il plus énergiquement la douleur? Quoi qu'il en soit, l'ab-

sence des vomissements ne devait pas empêcher de croire à l'existence d'un cancer de l'estomac; car de nombreuses observations ont appris que le vomissement n'est pas un symptôme essentiel de cette maladie; qu'il peut ne pas se montrer, surtout dans les cas où le cancer attaquant le corps même de l'estomac, les deux ouvertures de ce viscère restent libres.

---

Les vaisseaux sanguins de l'estomac présentent quelques altérations spéciales dans plus d'un cas de gastrite chronique. On trouve souvent, par exemple, au-dessous de la membrane muqueuse ramollie, des veines remarquables par leur volume, manifestement dilatées, et devenues comme variqueuses. Du reste, on en observe de semblables dans plusieurs autres parties où existe un ancien travail inflammatoire: ainsi, autour d'anciens ulcères des membres inférieurs, se montrent souvent de grosses veines variqueuses; cette dilatation des veines persiste même quelquefois plus ou moins long-temps après que l'inflammation a cessé. Cette dilatation semble être souvent, en pareil cas, un phénomène tout passif, comme l'est la dilatation des veines de la conjonctive après certaines ophthalmies. Mais cette dilatation peut aussi être active, accompagnée de l'épaississement des parois du vaisseau, et produite par un véritable travail de phlegmasie, propagé de la membrane muqueuse aux vaisseaux capillaires qui la parcourent, et de ceux-ci aux gros troncs veineux, qui en rapportent le sang dans le torrent circulatoire. Des faits très-intéressants, publiés par le savant docteur Ribes, ont appris que dans certaines phlegmasies cutanées, l'inflammation des veines joue un rôle important; j'ai cherché à m'assurer s'il n'en serait pas de même dans certains cas d'inflammation des membranes muqueuses, et en particulier de la membrane muqueuse gastri-



que, et voici ce que j'ai trouvé dans deux circonstances; en incisant de grosses veines dilatées et pleines de sang qui rampaient sous la membrane muqueuse, rouge et molle dans un cas, brune et hypertrophiée dans un autre cas, j'ai constaté l'existence d'un notable épaissement de leurs parois, qui opposaient une sorte de résistance à la lame du scalpel, paraissaient comme dures au toucher, et ne s'affaissaient pas après avoir été divisées. Or, on sait maintenant que cet épaissement des parois veineuses, avec ou sans dilatation de leur cavité, est un des caractères de la phlébite chronique. Chez un autre individu, dont l'estomac était envahi par une large ulcération, dont le pourtour était comme bordé par des végétations molles et rougeâtres, formées aux dépens de la muqueuse, on voyait de grosses veines ramper en grand nombre autour de cette ulcération; elles étaient situées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. L'une d'elles était remarquable par sa dureté, et son aspect rappelait celui que présentent certaines petites veines des membres oblitérées par d'anciens caillots. Elle était effectivement distendue et obstruée par une masse solide de couleur lie de vin, mêlée à une substance plus liquide et d'aspect comme purulent. En poursuivant cette veine le plus près possible de l'ulcération, on voyait que les veinules qui se réunissaient pour la former, et qui portaient de plusieurs des végétations précédemment indiquées, étaient dures comme elle, obstruées par une matière solide, et semblables à de petites nodosités.

On peut encore démontrer par d'autres faits la part que prennent quelquefois les vaisseaux sanguins de l'estomac à son inflammation. Ces faits sont ceux dans lesquels on a trouvé au fond d'une ulcération des vaisseaux rompus et plus ou moins largement ouverts. Quelle peut être, en effet, la cause de cette rupture des vaisseaux? la même incontestable-

ment que celle qui a opéré la destruction successive des autres tissus, d'où est résulté la formation d'un ulcère. Ainsi se perforent également les vaisseaux qui rampent à la surface d'une caverne pulmonaire, ou qui sont contenus dans les brides qui la traversent. On sait, d'ailleurs, que dans ces vaisseaux l'inflammation adhésive est beaucoup plus commune que l'ulcération, d'où il résulte que leur oblitération est beaucoup plus fréquente que leur perforation. En est-il de même autour et au fond des ulcérations chroniques de l'estomac? Un fait digne de remarque, c'est que, dans quelques cas où l'on a trouvé des vaisseaux largement ouverts au fond d'une de ces ulcérations, il n'y avait eu pendant la vie aucune hématomèse, et que dans l'estomac il n'y avait pas de sang épanché.

Le système lymphatique de l'estomac ne reste pas toujours étranger aux inflammations chroniques qui frappent cet organe. Dans ce système, il y a à considérer 1° les vaisseaux; 2° les ganglions où se rendent ces vaisseaux et d'où ils émanent.

Je ne compte plus les cas où, en divers points de l'intestin, j'ai trouvé, partant d'une ulcération, des vaisseaux lymphatiques remplis de pus ou d'une matière plus consistante que le pus ordinaire, friable, comme tuberculeuse; ainsi distendus et semblables à des cordons noueux, ces vaisseaux lymphatiques se rendaient au mésentère, et tantôt y disparaissaient insensiblement, tantôt pouvaient être suivis jusqu'à un ganglion. Dans plusieurs cas, il n'y avait pas seulement distension du vaisseau par une matière étrangère, il y avait de plus épaissement très-manifeste de ses parois, qui avaient perdu leur transparence accoutumée. Une seule fois, j'ai trouvé dans l'estomac un semblable état des lymphatiques. Un de ces vaisseaux, rempli d'une matière blanchâtre, partait d'une ulcération située vers le milieu de la grande courbure de l'estomac,



rampait tout le long de cette grande courbure, et cessait d'être visible vers le grand cul-de-sac.

Les ganglions qui reçoivent plusieurs des vaisseaux lymphatiques de l'estomac, et qui existent, comme chacun sait, le long de ses deux bords, paraissent moins susceptibles de s'engorger à la suite des gastrites aiguës et chroniques, que ne le sont les ganglions du mésentère à la suite d'une entérite. Cependant, dans quelques cas de gastrites chroniques, on les trouve remarquablement développés, et constituant des tumeurs considérables. De ces tumeurs ont quelquefois dépendu des accidents, des symptômes qu'on a cru dépendre de l'estomac. Ainsi, pendant la vie, elles peuvent être appréciables par le palper en divers point de l'épigastre, et présenter les mêmes variétés de position, de forme, de volume, de mobilité, que les tumeurs qui appartiennent à l'estomac lui-même. D'autres fois, ce sont les ganglions situés soit le long du bord diaphragmatique du ventricule, soit surtout derrière l'estomac dans l'arrière-cavité épiploïque, qui acquièrent un volume énorme, en même temps que leur tissu éprouve différentes espèces d'altérations. Elles peuvent alors déplacer l'estomac, le pousser en avant, le comprimer entre elles et les parois abdominales, et contribuer autant à la difficulté des digestions que l'inflammation chronique dont l'estomac lui-même est atteint. D'autres fois, le pylore se trouve entouré, comprimé, véritablement obstrué par ces ganglions transformés en volumineuses tumeurs; de là, des vomissements tels que ceux qui se manifestent, lorsque, par exemple, une induration considérable du tissu cellulaire sous-muqueux de l'anneau pylorique et de ses environs s'oppose au libre passage des matières de l'estomac dans le duodénum.

Au nombre des éléments anatomiques de l'estomac, beaucoup trop négligés jusqu'à présent dans l'étude anatomique

des maladies de cet organe, il faut placer les nerfs. Nul doute que de leur altération ne résulte plus d'une affection gastrique. Mais cette altération est-elle appréciable par les investigations de l'anatomiste? Je puis répondre à cet égard que bien des fois j'ai disséqué avec soin, soit les deux pneumo-gastriques dans leurs troncs et dans leurs ramifications sur les deux faces de l'estomac, soit les filets assez nombreux qu'il reçoit du grand sympathique; je les ai disséqués, et sur des estomacs sains, et sur des estomacs présentant la plupart des altérations qui ont été précédemment décrites; jusqu'à présent je n'ai obtenu que des résultats négatifs, et, dans les cas les plus différents d'altération de l'estomac, je n'ai trouvé aucune différence appréciable dans la couleur, le volume, la consistance des nerfs qui s'y distribuaient. Ce n'est pas à dire que ces nerfs soient toujours exempts d'altérations appréciables; mais comme cinquante-trois cadavres ont été examinés par moi à la Charité sous ce rapport, sans que rien n'y ait été découvert, je crois être en droit d'en conclure: 1° que ces altérations sont rares; 2° qu'elles ne sont nécessairement liées à aucune des nombreuses lésions organiques qui peuvent frapper l'estomac (1). Cependant l'observation ne permet pas de douter que, bien que les altérations des nerfs de l'estomac ne soient pas de nature à être le plus ordinairement appréciées par la dissection, ces altérations n'en sont pas moins réelles et fréquentes. Nul doute que, d'une part, les nombreuses sympathies transmises par l'estomac aux différents organes ne leur soient transmises par le moyen de ses nerfs, si remarquables par leur distribution et par leurs nombreuses con-

(1) Voyez, dans le *Précis d'Anatomie pathologique*, quelques exemples d'altérations du pneumo-gastrique dans des cas de cancers d'estomac.



nexions ; nul doute non plus que, d'autre part, parmi les modifications de fonctions indéfiniment variées que peut présenter l'estomac, et qui simulent plus ou moins complètement les symptômes d'une gastrite aiguë ou chronique, plusieurs ne dépendent d'une vicieuse influence des centres nerveux sur l'estomac ; de là, chez les uns, divers troubles de la digestion ; chez les autres, des vomissements ; ailleurs, des douleurs épigastriques, etc.

L'inflammation chronique de l'estomac, quelles que soient les formes qu'elle ait revêtues, peut se terminer par la gangrène, mais beaucoup moins fréquemment qu'on ne l'a dit. Le cas où j'ai le plus souvent rencontré cette gangrène est celui où l'estomac était le siège d'une ancienne ulcération avec fongosités autour d'elle et dans son fond. C'était cette ulcération elle-même que la gangrène avait envahie ; on la trouvait alors couverte d'un détrit us gris cendré ou noirâtre, qui s'enlevait comme une bouillie par le raclage du scalpel, et d'où s'exhalait une odeur des plus fétides. Dans les derniers temps de la vie, les forces s'étaient tout-à-coup prostrées ; la face avait pris rapidement un aspect cadavérique ; des hémâtémèses avaient eu souvent lieu ; cet ensemble de symptômes avait vraisemblablement coïncidé avec l'époque où l'ulcération de l'estomac avait commencé à être frappée de gangrène. Telle est aussi la terminaison d'un certain nombre d'ulcérations et de dégénéralions variées du col utérin ; il y a même alors une ressemblance souvent très-grande entre l'altération de l'estomac et celle de l'utérus. C'est encore ainsi que, chez plus d'un phthisique, la gangrène vient à s'emparer des parois des cavernes, que l'on trouve transformées en un putrilage noir et fétide.

J'ai trouvé beaucoup plus rarement l'estomac frappé de gangrène, lorsqu'il n'avait point été préliminairement ulcéré.

Quelquefois, cependant, au-dessus de tumeurs constituées par un tissu cellulaire sous-muqueux induré, j'ai rencontré des portions de membrane muqueuse gangrenées et transformées en eschares.

L'estomac, chroniquement enflammé, subit, dans sa forme et dans son volume, diverses modifications qui peuvent être assez considérables pour être appréciées pendant la vie à travers les parois abdominales. Je m'occuperai surtout ici de ses modifications de volume. Les cas dans lesquels on voit la cavité d'un organe creux s'agrandir beaucoup au-delà de son état normal sont nombreux et variés, sous le rapport des causes qui déterminent cet agrandissement. Ainsi, tantôt la dilatation s'opère par suite de l'existence d'un obstacle à l'orifice par lequel les liquides introduits dans la cavité de l'estomac doivent naturellement en sortir ; dans ce cas se trouvent le cœur, la vessie, la vésicule du fiel, etc. Alors les parois de la cavité de ces organes ou conservent leur épaisseur naturelle, ou s'hypertrophient, ou s'amincissent. Tantôt, sans qu'aucun obstacle s'oppose à la libre issue des fluides, on voit une semblable dilatation s'opérer, les parois de la cavité offrant d'ailleurs l'une des trois dispositions qui existaient dans le cas précédent. Dans ce cas peuvent se trouver tous les organes creux, le cœur, la vessie, les artères, les veines, les bronches, etc. A l'instar de tous ces organes, l'estomac peut notablement s'agrandir, devenir assez considérable pour remplir toute la capacité abdominale, soit qu'il existe un obstacle au pylore, ce qui est le cas le plus commun, soit que les parois de la région pylorique présentent une induration considérable du tissu cellulaire, avec atrophie de la membrane musculaire, mais qu'en même temps l'orifice pylorique, loin d'être rétréci, se trouve au contraire plus large que de coutume ; soit enfin, ce qui est le cas le plus rare, que les parois de l'estomac n'offrent d'autre



altération que de l'injection ou du ramollissement de la membrane muqueuse.

Ainsi, en définitive, de ces trois cas il n'y en a qu'un seul dans lequel la dilatation de l'estomac, l'agrandissement considérable de sa cavité, coïncident avec un obstacle au libre passage des aliments de l'estomac dans le duodénum. Il est possible cependant, comme je le dirai un peu plus bas, que, dans le second cas, où l'orifice pylorique est dilaté au lieu d'être rétréci, l'atrophie de la membrane musculaire, dans cette partie de l'estomac, soit une cause aussi puissante que certaines tumeurs du pylore, pour empêcher les aliments de sortir librement de l'estomac.

Les trois observations suivantes vont nous fournir des exemples remarquables de dilatations de l'estomac portées à un très-haut degré.

Dans la première de ces observations, il y a un obstacle au pylore qui s'oppose au passage des matières de l'estomac dans le duodénum ; dans la seconde, c'est le dernier intestin qui est le siège de l'obstacle ; dans la troisième, il n'existe en aucun point d'obstacle au libre cours des matières, et cependant, malgré cette absence de causes mécaniques, l'estomac avait de même subi une énorme dilatation.

#### V<sup>e</sup> OBSERVATION.

Dilatation très-considérable de l'estomac, qui remplit tout l'abdomen ; induration des parois de sa portion pylorique, avec atrophie de la tunique musculaire, et conservation de la largeur accoutumée du pylore.

Une femme âgée de soixante-cinq ans, maigre et chétive, commença à ressentir, vers le mois de juin 1821, les symptômes d'une affection organique de l'estomac : digestions diffi-

ciles, alternatives d'appétit dévorant et d'anorexie complète, éructations acides, nausées, vomissements fréquents plusieurs heures après le repas, douleur épigastrique.

Ces symptômes prirent de jour en jour une intensité plus grande. Au mois de mars 1822, la malade entra à l'hôpital de la Charité. Elle était alors réduite au dernier degré du marasme. L'estomac se dessinait parfaitement à travers les parois abdominales ; il était facile de voir qu'il occupait la plus grande partie de la cavité du ventre. Son bord colique reposait immédiatement sur le pubis ; son bord diaphragmatique décrivait une courbe dont la concavité regardait en haut, et qui, partant de l'épigastre, descendait jusqu'au niveau de l'ombilic, puis remontait vers l'hypochondre droit. La malade éprouvait, vers le point présumé où devait se trouver le pylore, une douleur habituelle qui s'exaspérait par intervalles. Elle vomissait à peu près toutes les quarante-huit heures une grande quantité de liquide brunâtre. Après qu'elle avait vomi, la tumeur formée par l'estomac s'affaissait, mais ne disparaissait pas. Le vomissement avait lieu sans effort, presque comme une simple régurgitation. La malade désirait souvent des aliments ; mais à peine en avait-elle avalé quelques bouchées qu'elle était rassasiée ; alors sa bouche devenait le siège d'une sensation d'amertume insupportable. Elle rendait continuellement par la bouche une grande quantité de gaz plus ou moins aigres.

La langue avait un aspect naturel ; soif très-moderée, selles rares ; le pouls était peu fréquent et très-faible, la peau aride et sans chaleur.

L'origine de la maladie ne put être rapportée à aucune cause appréciable.

Cette femme s'affaiblit rapidement, et, après un séjour de quinze jours environ à l'hôpital, ses traits s'altèrent, son pouls cessa de battre, ses extrémités se refroidirent, et elle succomba



sans agonie, ayant conservé jusqu'au dernier moment le libre usage de ses facultés intellectuelles.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Les organes du crâne et du thorax étaient sains.

Les parois abdominales ayant été enlevées, l'on aperçut l'estomac occupant la presque totalité de la cavité du ventre. Il descendait d'abord verticalement de l'épigastre jusque près de la fosse iliaque gauche; puis il se dirigeait obliquement de gauche à droite, et de haut en bas vers la fosse iliaque droite; dans cet intervalle, la grande courbure était cachée par le pubis, et reposait sur l'utérus; il remontait ensuite vers l'hypochondre droit, où il se continuait avec le duodénum. Le reste du canal intestinal était caché par l'estomac, à l'exception de quelques anses de l'intestin grêle qui occupaient le flanc droit, et de l'S iliaque du colon. L'estomac contenait une énorme quantité de liquide brun semblable à celui qui était vomi pendant la vie. La surface interne était partout d'une blancheur parfaite, mais partout aussi la muqueuse était d'une grande mollesse. Dans l'étendue de quatre travers de doigt en deçà du pylore, cette membrane n'existait plus.

Là où commençait la solution de continuité de la membrane muqueuse, elle formait un bourrelet blanchâtre irrégulier. Le fond de l'ulcère qui en résultait était formé par le tissu lamineux, qui avait quatre à cinq fois au moins son épaisseur naturelle, et se laissait diviser par le scalpel en un tissu d'un blanc nacré. La surface libre présentait une couleur d'un gris noirâtre. Dans cette même étendue, l'on ne trouvait plus aucune trace de fibre musculaire. L'ouverture du pylore présentait encore assez de largeur pour admettre facilement l'extrémité

du doigt indicateur. Le reste du canal intestinal était très-resserré et sain.

Comment expliquer, dans le cas qui vient d'être cité, cette accumulation en quelque sorte indéfinie des aliments dans l'estomac, et son énorme distension, l'orifice pylorique étant d'ailleurs libre ou même plus large que de coutume? Observé sur le cadavre, cet orifice est réellement fermé, et il faut vaincre une certaine résistance pour y introduire l'extrémité du petit doigt. Si on l'examine sur un animal vivant, on voit qu'il reste aussi habituellement resserré, à l'instar des sphincters de la vessie et du rectum. Mais, pendant la digestion, et lorsque les aliments chymifiés s'engagent dans le duodénum, un nouveau phénomène se présente. Les fibres musculaires de l'estomac offrent un mouvement de contraction très-manifeste, qui, commençant vers le milieu du corps de l'estomac, se prolonge jusqu'à la première courbure du duodénum; cette contraction change l'état du pylore, surmonte sa résistance toute passive, de telle sorte que la contraction musculaire qui vient d'être décrite est au moins l'une des principales causes, si ce n'est l'unique, qui pousse le chyme dans le duodénum. Il suit de là que, si dans la portion pylorique de l'estomac il n'y a plus de fibres charnues, une des plus puissantes causes de l'expulsion des aliments n'agit plus, et ceux-ci n'arrivent que plus difficilement dans le duodénum. Telle est la manière d'expliquer le fait dont il s'agit, dans l'hypothèse où l'on admet que l'énorme dilatation éprouvée par l'estomac reconnaît pour cause la distension que lui fait subir l'accumulation insolite d'une grande quantité de matière alimentaire. Mais cette cause est-elle aussi puissante qu'on l'a dit? Observons d'une part qu'une pareille dilatation peut avoir lieu sans qu'il y ait aucune cause appréciable qui gêne le passage des aliments dans le duodénum. (Voyez à ce sujet l'observation suivante.) Observons d'autre



part que des obstacles très-considérables existent souvent au pylore sans que l'estomac se dilate notablement.

#### VI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Cancer du duodénum ; cicatrice dans l'estomac. Dilatation de ce dernier organe, dont le bord colique touche presque le pubis.

Une femme, âgée de soixante-quatorze ans, entra à la Pitié le 1<sup>er</sup> novembre 1832. Depuis long-temps, cette femme digérait mal, et elle vomissait de temps en temps. Elle resta douze jours à l'hôpital : pendant ce temps elle ne vomit pas ; sa langue fut toujours sèche et d'une rougeur lisse et uniforme. Elle succomba, après s'être graduellement affaiblie.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

L'estomac avait acquis un volume énorme. Il occupait à peu près tout le ventre ; son bord colique n'était séparé du pubis que par un espace de deux pouces. Le grand cul-de-sac adhérait par des brides celluleuses anciennes aux parois abdominales. Il contenait un litre environ d'un liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse était partout pâle et d'une bonne consistance. Au-dessous d'elle, le tissu cellulaire était remarquable par sa grande épaisseur, et la tunique musculaire était notablement hypertrophiée. Ainsi, la dilatation de l'estomac n'avait pas été purement passive. Vers le grand cul-de-sac, on observait un singulier froncement de ses tuniques : les faisceaux de la membrane musculaire aboutissaient comme autant de rayons à un point blanc et épais, au-dessus duquel la membrane muqueuse était comme froncée. Cette altération ressemblait à la cicatrice d'une ancienne ulcération.

Dans le duodénum, à deux pouces au-delà du pylore, existait une végétation cancéreuse qui faisait, comme un anneau, tout le tour de l'intestin ; c'était comme un second pylore, qui ne laissait plus aux matières qu'un très-étroit passage. Le canal cholédoque, considérablement dilaté, s'ouvrait dans cette masse cancéreuse.

Dans le jéjunum et dans l'iléum, on observait une teinte ardoisée générale de la membrane muqueuse.

La fin de l'iléum et le gros intestin étaient remplis par une matière d'un gris noirâtre semblable à de l'argile. Des rides rougeâtres apparaissaient à la surface interne du colon.

Le tissu du foie était ferme et d'un rouge vif ; la rate petite et dense.

Le rein gauche contenait quelques petits calculs noirs logés dans des kystes creusés au sein de la substance corticale ; autour d'eux, on trouvait une matière également noire, mais molle. Deux autres petits calculs existaient dans un des calices.

Rien de remarquable dans les autres organes.

#### VII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Dilatation très-considérable de l'estomac, dont le bord colique touche le pubis, sans autre altération de ses parois qu'un peu de ramollissement de la muqueuse vers le grand cul-de-sac.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, institutrice, avait toujours joui d'une bonne santé. Par suite de revers de fortune, elle quitta la province pour venir avec sa famille habiter Paris, où elle se livra à l'enseignement dans un pensionnat. Sa santé ne tarda pas à s'y altérer sensiblement ; son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles, et, vers le mois de février