

cependant elles sont encore exaspérées par le changement de position ; la bouche est devenue douloureuse, les gencives sont ramollies ; pouls à 104, assez plein, mais très-facilement dépressible ; 40 respirations. Langue sale et humide.

18 septembre. — Depuis qu'on applique des cataplasmes, les douleurs sont tellement atténuées, que la malade peut étendre ses jambes ; elle paraît se trouver mieux ; elle est, ce matin, couverte de sueurs profuses ; la pression sur l'abdomen est encore douloureuse. Il existe à l'épigastre et dans l'hypochondre droit une tumeur considérable, d'une forme un peu conique, qui présente une certaine élasticité lorsqu'on la comprime ; *elle est mate à la percussion*. La pression sur cette tumeur est beaucoup plus douloureuse que partout ailleurs.

19 septembre. — La tumeur est la seule partie de l'abdomen où la pression développe encore de la douleur. Cette tumeur s'étend de l'appendice xiphoïde jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic ; dans le sens latéral, elle occupe un espace de trois à quatre pouces. Elle donne aujourd'hui une sensation de fluctuation obscure.

20 septembre. — Hier est survenue une diarrhée abondante qui a continué toute la nuit ; il y a eu huit ou dix selles liquides, d'une couleur noire ; chacune d'elles était précédée de douleurs et de coliques. La malade a été en outre incommodée par des frissons, et des douleurs dans le dos. La respiration est fréquente (44), et elle se fait difficilement ; le pouls est petit et dur, à 132. La langue conserve son humidité. Pas de modification dans les symptômes abdominaux.

24 septembre. — Depuis le 21, la diarrhée a cessé ; les sueurs sont moins abondantes, l'aspect de la malade est plus satisfaisant. Elle se plaint surtout de douleurs dans le dos, et tout le long de la colonne vertébrale. La percussion de la tumeur *donne aujourd'hui un son tympanique* ; la partie inférieure du côté gauche fournit également un son très-clair ; *on ne retrouve plus la fluctuation qu'on avait observée le 19* ; la sensation d'élasticité est la même. Le pouls, à 116, est plus mou et plus fort ; 30 respirations.

26 septembre. — La malade a été incommodée toute la nuit par un hoquet continuel ; elle a à peine dormi, elle a eu des sueurs abondantes. Elle n'éprouve de douleurs que dans le dos et dans les lombes ; elle n'a pas d'appétit, mais elle est tourmentée par une soif ardente. La tumeur paraît plus déprimée ; elle n'est plus sensible et donne toujours un son tympanique. Pouls petit et mou, à 128 ; 32 respirations régulières. *On introduira dans l'œsophage le tube de la pompe stomacale.*

28 septembre. Il n'est pas sorti de gaz. Aucune modification dans les caractères physiques de la tumeur. Il y a eu depuis hier trois selles accompagnées de coliques.

29 septembre. — La tumeur épigastrique est considérablement diminuée de volume ; elle donne encore un son tympanique, mais ce son ne se retrouve pas jusque dans l'hypochondre droit, comme les jours précédents. La physionomie de la malade est meilleure ; son état moral est plus satisfaisant. La respiration est fréquente, le pouls rapide.

1^{er} octobre. — La diarrhée a reparu, ramenant avec elle des coliques très-douloureuses. C'est à peine si la tumeur est encore appréciable. La percussion ne donne plus qu'un son légèrement clair. La partie supérieure de la langue est très-douloureuse ; sur la face dorsale de l'organe existent deux ou trois ulcérations, dont la plus grande présente l'étendue d'un penny d'argent ; les autres ressemblent plutôt à des fissures séparées par des saillies. Pouls à 116, mou et assez plein ; 32 respirations.

2 octobre. — La diarrhée persiste ; la tumeur abdominale a complètement disparu ; on n'obtient plus de son clair par la percussion. Les bords latéraux de la langue sont couverts d'aphthes ; les ulcérations sont dans le même état.

3 octobre. — Six selles depuis hier ; le traitement est sans influence sur la diarrhée. Les forces sont très-abattues, la figure est pâle ; pouls rapide, à 112. Soif vive ; la langue est sèche, mais moins douloureuse.

6 octobre. — Bruits du cœur normaux. Rien de particulier à la percussion et à l'auscultation des poumons. Le ventre est tombé, il n'est plus douloureux.

7 octobre. — Sept évacuations alvines depuis douze heures. Pouls à 120 ; respiration à 30.

9 octobre. — *La malade a été prise hier d'une douleur aiguë dans la région cardiaque ; pendant la nuit, elle a eu des palpitations violentes, et elle a éprouvé une chaleur brûlante au-dessous du sein gauche.* Elle ne peut assigner aucune cause à ces nouveaux accidents. Elle est arrivée à un état de faiblesse et d'amaigrissement extrêmes ; les joues sont creuses, les yeux mornes, la physionomie est abattue, l'intelligence est voilée. La respiration est toujours fréquente, brève et pénible ; dans le décubitus dorsal, les veines jugulaires sont turgides, mais elles ne présentent pas de pulsations ; il en est de même des veines qui longent la trachée.

La percussion de la poitrine donne un son normal, excepté au niveau

de la partie moyenne et inférieure du côté gauche. Dans ces points, le bruit respiratoire est peu marqué ; partout ailleurs il est pur et éclatant ; le choc du cœur est faible. A un demi-pouce du bord inférieur du sein, les deux bruits sont confus, et l'on entend un léger bruit de soufflet ; lorsqu'on s'avance vers la droite, ce bruit augmente d'intensité, et au-dessous du sein il se transforme en un véritable bruit de craquement, qui accompagne les deux tons du cœur, et qui présente son maximum d'intensité entre le sternum et la mamelle. La pression, en ce point, augmente peu à peu la force de ce bruit, et lorsqu'on comprime avec une certaine force, on obtient un frottement éclatant qui voile les deux bruits normaux, mais surtout le premier. Tous ces phénomènes sont plus nets encore lorsque la malade retient sa respiration.

Le ventre est déprimé, la diarrhée a cessé. Le pouls, à 130, est petit et dépressible.

10 octobre. — Les phénomènes stéthoscopiques sont perceptibles jusqu'au milieu du sternum, dans toute la région précordiale, et un peu sur le côté ; ils ont partout les mêmes caractères. Le bruit anormal tient le milieu entre le bruit de soufflet et le bruit de scie ; il masque en grande partie le premier bruit, et accompagne aussi le second, qui conserve cependant sa netteté. Immédiatement au-dessous du sein, on perçoit en outre, mais seulement par intervalles, *un cliquetis métallique tout particulier* : ce bruit donne l'idée d'un liquide qui coulerait goutte à goutte sur le péricarde ou dans son intérieur. Ce cliquetis disparaît lorsqu'on exerce une certaine pression au niveau du cœur, tandis que les autres phénomènes deviennent alors beaucoup plus prononcés. Soif ardente.

11 octobre. — La douleur du côté gauche n'a pas reparu. Toutes les nuits, sueurs profuses ; la nuit dernière, la malade a eu plusieurs frissons, et après chacun d'eux, son corps se couvrait de sueurs. Pouls faible, à 136 ; 40 pulsations. Selles normales.

L'impulsion du cœur est plus faible ; la palpation y fait percevoir une sensation de frottement.

Aujourd'hui le bruit de craquement présente le caractère d'une crépitation emphysémateuse très-fine ; il masque les deux bruits normaux ; il est surtout distinct vers la partie moyenne et inférieure du sternum, mais on l'entend aussi à gauche du mamelon. Ce cliquetis métallique, ou ce bruit de liquide qu'on entendait hier, est plus net aujourd'hui, mais il est irrégulier dans son apparition.

12 octobre. — Le cliquetis irrégulier, qu'on ne percevait hier que par intervalles, est devenu aujourd'hui *un tintement métallique éclatant qui accompagne chaque battement de cœur* dans les points où existait la crépitation emphysémateuse ; ce tintement masque tous les phénomènes notés jusqu'ici, sauf un léger bruit de soufflet au niveau du mamelon gauche. Le choc du cœur ne peut être senti ; la malade est complètement abattue.

13 octobre. — Elle a succombé à dix heures du soir.

Autopsie vingt heures après la mort. — La percussion de la région thoracique antérieure ne donne pas de matité ; au niveau du cœur on obtient un son clair. Les deux poumons sont en collapsus, le gauche surtout, qui est comprimé par un quart (1^{lit}, 135) de liquide séropurulent. Des adhérences faibles unissent les poumons au feuillet externe du péricarde ; les lobes inférieurs sont adhérents au diaphragme. La cavité du péricarde paraît distendue ; on peut y sentir une petite quantité de liquide.

La paroi abdominale enlevée, on découvre la cavité d'un vaste abcès dans le lobe gauche du foie. Cette poche, de forme circulaire, a une circonférence de huit pouces environ ; elle est limitée en avant par une portion de la paroi abdominale et par le processus ensiforme. La paroi postérieure est formée par le tissu induré du lobe gauche ; en haut, le diaphragme est en contact immédiat avec l'abcès ; le ligament falciforme le sépare du lobe droit du foie. Le bord mince de la poche est recouvert par l'estomac ; cet organe présente, près de l'orifice pylorique, une ulcération circulaire à bords arrondis et mousses, de trois quarts de pouce (19 millimètres) de diamètre à peu près, et qui communique directement avec l'abcès hépatique.

Le bord concave de l'estomac est en rapport immédiat avec la face inférieure du lobe gauche du foie ; près de l'orifice cardiaque sont deux autres perforations : l'une d'elles, de forme ovalaire, d'un demi-pouce de diamètre, communique avec l'abcès par l'intermédiaire d'un canal, qui peut admettre l'extrémité du petit doigt ; elle est séparée de l'autre ouverture par une bande de tissu épaissi, qui appartient évidemment à l'estomac ; la seconde perforation, celle qui est le plus rapprochée de l'orifice œsophagien, ne communique pas avec l'abcès. La cavité de ce dernier est irrégulière et anfractueuse, elle présente une couleur d'un gris jaunâtre ; le tissu qui la limite est ramolli, et il se réduit sous la pression en un liquide puriforme ; sur certains points l'épaisseur des parois va jusqu'à trois quarts de pouce (19 millimètres), mais elle n'est

pas la même partout ; derrière la tumeur on retrouve le tissu hépatique avec sa structure normale ; il est intimement adhérent aux parois de l'abcès, dont il ne peut être séparé.

Dans le point où le diaphragme est uni au péricarde, *existe une perforation assez large pour admettre le médius ou l'annulaire ; elle met l'abcès en communication directe avec l'intérieur du péricarde* ; les bords de cette perforation sont ulcérés et inégaux. La cavité péricardique renferme environ deux onces d'un liquide jaunâtre, mêlé de flocons de lymphes plastiques. L'épaisseur du péricarde, qui est sensiblement la même partout, est quatre fois plus grande qu'à l'état normal ; la surface extérieure en est extrêmement vascularisée ; la surface interne est enflammée, elle présente un grand nombre de taches rouges : ces taches ont sur quelques points la grosseur d'une tête d'épingle, ailleurs elles forment des arborisations. Le feuillet séreux du péricarde a presque complètement perdu son aspect lisse et poli ; il paraît inégal, il est recouvert çà et là de quelques débris d'exsudation plastique ; de plus, et surtout au niveau de l'origine des gros vaisseaux, il est revêtu de petits corps granuleux, semi-transparents, qui ressemblent à des grains de millet, ou à l'éruption qu'on observe dans certains cas de fièvre rhumatismale. La séreuse paraît ainsi complètement granulée, mais lorsqu'on enlève ces petits corps, on la retrouve avec ses caractères normaux.

Quant au cœur lui-même, il présente une couleur rouge éclatante ; son feuillet de revêtement est recouvert, comme la séreuse pariétale, de petites granulations ; elles sont plus abondantes au niveau des oreillettes et de la base de l'organe. Les deux oreillettes sont unies aux ventricules par des brides solides de lymphes organisées.

Le lobe supérieur de chaque poumon renferme quelques tubercules. Il n'existe pas d'adhérences entre le péritoine et l'intestin ; les circonvolutions intestinales ne sont point agglutinées entre elles.

Voici maintenant les points sur lesquels je crois devoir appeler plus particulièrement votre attention.

I. — Lorsque l'abcès se fut ouvert dans l'estomac, non-seulement la tumeur s'est affaissée, mais de suite qu'elle était, elle est devenue subitement sonore et tympanique ; les gaz de l'estomac avaient pénétré dans la cavité de l'abcès, à mesure que le pus s'en échappait.

II. — Cette tumeur tympanique ressemblait si parfaitement à l'estomac distendu par des gaz, que nous avons fait usage de la pompe stomacale, qui n'a donné issue à aucun fluide aériforme.

III. — Au bout de quelques jours, la cavité de l'abcès a dû se vider

également des gaz qu'elle contenait, car toute trace de tumeur a fini par disparaître.

IV. — La diarrhée était causée par l'écoulement incessant de la matière fétide et irritante, qui passait de l'abcès dans l'intestin.

V. — Aucun symptôme spécial, ni douleur, ni trouble fonctionnel, n'a révélé les ulcérations étendues de l'estomac.

Je reviendrai sur ce point, lorsque je vous aurai exposé l'histoire de deux autres cas d'ulcérations gastriques.

VI. — Obéissant à la loi de la similitude de structure, l'inflammation s'est propagée *tout d'abord* de l'abcès à la plèvre et au péricarde.

VII. Peu de temps après le début de cette péricardite, alors que nous en percevions nettement les signes physiques ordinaires, des phénomènes nouveaux ont apparus ; *ils indiquaient le moment où la perforation du péricarde a permis l'entrée de l'air dans sa cavité.*

VIII. — Bien que la malade fût atteinte, au moment de son entrée, d'une péritonite suraiguë, l'autopsie ne nous a montré aucune trace d'une inflammation péritonéale généralisée.

IX. — On demandera peut-être pourquoi je n'ai pas ouvert l'abcès dès que la fluctuation est devenue évidente : la tumeur s'était formée en si peu de temps, elle semblait marcher si rapidement vers la périphérie, que j'ai cru plus sage d'attendre un jour ou deux, afin de diminuer la gravité de l'opération. Je ne prévoyais pas, je l'avoue, que, dans un espace de temps aussi court, la matière de l'abcès pût se frayer une autre issue.

Dans le fait suivant, il s'agit d'un abcès abdominal ouvert à l'extérieur, et qui communiquait également avec l'estomac.

Catherine Delany, blanchisseuse, âgée de cinquante-six ans, a été admise à Meath Hospital le 5 mai. Cette femme porte une tumeur abdominale très-volumineuse, qui a paru il y a deux ans et qui a occupé primitivement l'hypochondre gauche. Cette tumeur a fait des progrès peu rapides, mais continuels ; elle ne paraît avoir eu aucune influence sur la santé générale, car Catherine travaillait encore quelques jours avant son entrée à l'hôpital. La tumeur, de forme globuleuse, inégale et de consistance assez ferme, est très-bien limitée dans ses contours ; elle occupe toute la région ombilicale, elle envahit par en haut la partie inférieure de l'épigastre, et descend jusqu'aux limites supérieures de la région pubienne. Latéralement, elle empiète notablement sur les lombes. Du reste, elle est parfaitement mobile, et obéit, dans ses mouvements, au décubitus de la malade. Dernièrement, *mais dernièrement*

seulement, cette tumeur est devenue sensible et douloureuse, principalement au niveau du nombril. La lenteur du développement de cette masse morbide, sa forme, l'absence de toute douleur locale, de tout symptôme général pendant un temps aussi long, toutes ces considérations me portèrent à admettre une tumeur de l'ovaire. Mais, peu de jours après, les choses commencèrent à tourner beaucoup plus mal; la sensibilité et la douleur locales croissaient incessamment; la malade était tourmentée par des nausées continuelles auxquelles succédèrent, au bout de quinze jours, des vomissements opiniâtres.

Alors aussi la tumeur commença à rougir et à se ramollir au niveau de l'ombilic; bientôt on put percevoir en ce point une fluctuation profonde, qui devint de jour en jour plus évidente, à mesure qu'elle se rapprochait de la superficie; en même temps les téguments, d'un rouge obscur, présentaient une augmentation de température facilement appréciable; la zone rouge était entourée d'un bord induré. Bref, tout annonçait une collection purulente marchant rapidement vers la périphérie. Une consultation fut réunie, et nous tombâmes d'accord qu'il ne fallait pas ouvrir cet abcès; notre principale raison était l'ancienneté même de cette affection, qui défendait toute espérance. Cependant les souffrances de la pauvre femme augmentaient sans cesse, et elle arrivait petit à petit aux dernières limites de l'amaigrissement. Le ramollissement central de la tumeur marchait à grands pas, les parties périphériques indurées s'affaissaient de jour en jour, de sorte que, quoique la grosseur réelle de la masse morbide fût probablement la même, la conformation et les caractères extérieurs en étaient considérablement modifiés.

Les vomissements persistaient, l'estomac ne pouvait absolument plus rien garder. Depuis huit à dix jours, la malade rendait en quantité considérable un liquide fortement coloré par de la bile; mais, vers le 8 ou le 9 juin, les matières vomies changèrent tout d'un coup, et prirent l'aspect d'un mucus épais et visqueux. Le 13, la tumeur s'ouvrit à l'extérieur; il s'en écoulait journellement un gallon (3^{lit}, 73) d'un liquide exactement semblable à celui qui avait été vomé en dernier lieu. Il était évident que l'ouverture extérieure communiquait avec l'estomac; car une partie des liquides ingérés s'écoulait immédiatement au dehors. Une fois même, un morceau d'orange que la malade avait avalé boucha l'orifice pendant plusieurs heures. Il est bon de noter que, malgré les désordres épouvantables des fonctions digestives, malgré l'existence d'une perforation de l'estomac, la langue resta constamment

nette et humide! Dès que la perforation fut établie, le vomissement cessa; et quoique cette pauvre femme fût dévorée d'une soif ardente, cependant elle avait conservé un appétit assez bon, et elle cherchait à le satisfaire en avalant un peu de gelée!

Catherine Delany vécut quatre jours après l'ouverture de la tumeur à l'extérieur, et neuf jours après l'ulcération de l'estomac. L'orifice extérieur conduisait dans un large sac: c'était la cavité de l'abcès; c'était aussi, selon toute probabilité, la cavité de la tumeur avant qu'elle entrât en suppuration. Ce sac occupait toute l'étendue de l'espace que remplissait autrefois la tumeur, et il contenait une quantité considérable d'un liquide visqueux, semblable à de l'eau de gruau épaisse. Cette cavité ne renfermait aucune matière solide; il ne restait de la tumeur que ce sac, épaissi par l'inflammation, et adhérent aux viscères voisins par l'intermédiaire de fausses membranes. Les intestins et le grand épiploon, unis ensemble, formaient la paroi postérieure de la cavité; mais, en raison des altérations profondes subies par toutes ces parties, il fut impossible de déterminer si la paroi antérieure était constituée par le péritoine pariétal ou par la gaine du muscle droit. La première hypothèse paraît toutefois plus probable, car une grande partie de la surface du foie était contenue dans la cavité de l'abcès, et l'angle inférieur de l'organe était détruit par une ulcération.

La perforation de l'estomac était située sur sa grande courbure, à un pouce et demi (38 millim.) du pylore, et elle résultait d'un travail ulcératif simple, comme la perte de substance du foie; il n'existait pas d'induration squirrheuse. Les intestins et les organes qui étaient derrière la tumeur étaient tous absolument sains. Je ne saurais vous dire dans quel tissu cette affection avait eu son point de départ, ni quelle en était la nature primitive; mais il est permis de se demander si l'ouverture artificielle de l'abcès n'aurait pas prolongé, peut-être même sauvé la vie de la malade, à condition, bien entendu, que l'opération eût été pratiquée dès que la fluctuation fut appréciable, et avant la formation des ulcérations de l'estomac et du foie. Les détails que je vous ai donnés pourront du moins vous servir de guide dans des circonstances analogues (1).

(1) Comparez: Murchison, *Case of communication with the stomach through the abdominal parietes* (*Medical Times and Gaz.*, 1757.)

Bonamy, *Note sur l'ulcération et la perforation du diaphragme dans la péritonite* (*Journal de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure*).

Second-Féréol, *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites*, thèse de Paris, 1859.

(Note du Trad.)

Voici maintenant une observation d'ulcération de la muqueuse gastrique à la suite d'une phlegmasie chronique.

Je fus mandé par mon ami le docteur Henry pour voir avec lui un gentleman de Gardiner-street. Notre malade, âgé de cinquante ans, avait eu jusqu'alors une bonne santé. Nous ne savons rien de la cause de cette maladie, qui le tua au bout de deux mois. Pendant tout ce temps, les symptômes présentèrent fort peu de variations ; il existait une pâleur remarquable de toute l'enveloppe cutanée : ce gentleman avait véritablement la teinte de cire des individus épuisés par des hémorrhagies abondantes. Il s'éteignit peu à peu, après avoir considérablement maigri.

Les notes suivantes, qui ont été recueillies par le docteur Henry, vous feront connaître les principaux phénomènes morbides. « Je n'ai pas beaucoup à ajouter, ce me semble, à ce que vous savez déjà de notre malade de Gardiner-street. Vous connaissez sa débilité croissante et son émaciation extrême ; vous savez qu'il a complètement perdu l'appétit, et qu'il est tourmenté par une soif tellement insatiable, que je ne me rappelle pas avoir jamais rien observé de semblable. L'anxiété avec laquelle ce malheureux poursuit du regard toutes les boissons qu'on lui présente, l'impatience fiévreuse avec laquelle il se saisit du vase pour le vider d'un trait, sont les premières circonstances qui m'ont fait soupçonner chez lui une inflammation gastrique.

« L'ingestion des aliments et des boissons, la pression vers la région épigastrique, ne déterminent aucune espèce de douleur ; les vomissements manquent complètement, à moins que le malade n'ait bu une trop grande quantité de liquide chaud. Alors, et seulement alors, il vomit infailliblement ; mais il ne rejette jamais aucun des aliments solides qu'il prend de temps en temps par petites quantités.

« Parfois cet homme rendait un crachat contenant une petite quantité de sang rose, de la grosseur d'un pois ; ce sang était enveloppé dans du mucus, mais il ne lui communiquait pas sa couleur.

« Le malade est mort d'inanition.

« Tous les organes étaient sains, à l'exception de l'estomac. La surface interne du ventricule présentait une coloration foncée. La portion voisine du cardia et la plus grande partie de la grosse tubérosité étaient absolument noires, mais on n'y découvrait pas de grosses veines. La coloration noire était uniforme : on eût dit que la muqueuse avait été profondément teinte avec de l'encre de Chine. Autour de cette zone

noire était un cercle d'un rouge éclatant qui se fondait peu à peu dans les parties environnantes ; celles-ci présentaient la couleur noire du mélæna ordinaire. On distinguait dans le tissu de grosses veines noires. Près du pylore étaient deux ou trois taches rouges : c'étaient, de toute évidence, des ulcérations superficielles, à bords nets, rouges et durs. Elles étaient de la grandeur d'un shilling ou d'une fève fendue en deux. Le pylore était intact.

« Ce qui soulageait le plus le malade, c'étaient de petites gorgées d'eau glacée. Du reste, tous les remèdes avaient été inutiles. Il est pour le moins étrange qu'avec de tels désordres dans l'estomac, le sulfate de fer pût être toléré. »

J'ajouterai à cette relation que la langue de ce malade était constamment sèche. Il conserva le sommeil presque jusqu'à la fin, et les matières fécales ont toujours été *parfaitement naturelles*. Le ventre n'a jamais été tendu ; l'épigastre n'est jamais devenu tympanique. Le pouls, dont la moyenne était 94, n'était ni dur ni vibrant. La perte des forces et de l'embonpoint a été le premier symptôme ; cette faiblesse a toujours été en croissant, et cet amaigrissement est vraiment inconcevable, eu égard à la quantité d'aliments que prenait le malade, et à l'apparence normale de ses évacuations alvines. L'urine a toujours été naturelle, sauf au début ; à ce moment, elle avait été mêlée d'un peu de sang.

Si vous comparez maintenant les trois faits que je viens de vous rapporter, vous remarquerez sans doute avec moi que, dans les deux premiers, alors qu'il existait une perforation considérable de l'estomac, cette lésion n'a donné lieu qu'à un très-petit nombre de symptômes caractéristiques : il semblerait que les ulcérations produites par un liquide qui se fraye une voie à travers la cavité de l'organe entraînent des désordres fonctionnels beaucoup moins prononcés qu'une inflammation spontanée de peu d'étendue. C'est qu'en effet le travail d'ulcération qui amène l'évacuation d'un abcès doit être regardé comme un effort curateur de la nature, et celle-ci a sagement disposé toutes choses pour que cette élimination pût se faire sans compromettre la vie du malade ou les fonctions de l'estomac. S'il en est ainsi, et l'on peut à peine en douter, nous trouvons ici un nouvel exemple de la futilité des raisonnements *à priori*. Quiconque eût vu les lésions profondes de nos deux premiers malades n'eût pas hésité à dire qu'elles avaient dû s'accompagner de désordres fonctionnels non moins graves.

Dans le troisième fait, plusieurs des symptômes que l'on regarde