

mum était à la partie supérieure du sternum; ce bruit était continu, prolongé dans la systole, plus aigu et plus court dans la diastole.

Dans un cas observé par M. Thurnam, où un anévrysme aortique s'ouvrait dans le sommet du ventricule droit, on constata une matité précordiale remontant jusqu'à la deuxième côte; à ce niveau existait un bruit de scie continu, intense, s'étendant dans presque tous les points du thorax, éclatant surtout dans la systole et ayant son maximum d'intensité vers le deuxième espace intercostal, à 3 centimètres environ du sternum, point qui correspondait exactement au siège de l'anévrysme variqueux.

Quand l'anévrysme communique avec la veine cave inférieure, comme dans un fait rapporté par le professeur Syme (d'Edimbourg), on découvre dans l'abdomen une tumeur pulsative cédant plus facilement à la compression qu'une tumeur ordinaire; elle est le siège d'un bourdonnement ou d'un sifflement que les assistants et que le malade lui-même peuvent entendre très-distinctement; il y a un œdème considérable borné aux extrémités inférieures.

En général, les symptômes s'aggravent promptement aussitôt après la rupture de la tumeur dans une veine ou dans le cœur droit. Beaucoup de malades succombent alors en quelques jours; cependant il en est qui luttent pendant assez longtemps, mais nul n'a pu encore dépasser le deuxième mois.

Le diagnostic de l'anévrysme variqueux est extrêmement difficile. Les signes précédemment indiqués n'ayant pas encore été vérifiés dans un nombre de cas suffisant, on ne saurait s'appuyer sur eux pour établir un diagnostic un peu certain.

L'existence d'un anévrysme variqueux aggrave toujours le pronostic, et rend encore plus incertain le traitement, qui, par lui-même, est déjà si peu efficace. En pareil cas, et en vue des troubles que la circulation présente, on insistera sur les diurétiques, sur les purgatifs et sur les sédatifs, combinés souvent avec de petites émissions sanguines.

#### DES DILATATIONS DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Les vaisseaux lymphatiques peuvent subir une dilatation plus ou moins considérable, et qui est telle dans quelques cas, qu'on a vu les rameaux les plus déliés acquérir une capacité égale à celle du canal thoracique. Cette dilatation peut être uniforme, ou bien elle a lieu de distance en distance et sous forme de renflements, comme les varices. En piquant ces vaisseaux avec une lancette, ils s'affaissent après avoir donné issue à la lymphe qui les distendait. Cette dilatation est ordinairement l'effet d'un obstacle à la circulation de la lymphe, obstacle qui réside sur quelques-uns des troncs principaux du système lymphatique, oblitérés par une inflammation adhésive ou par la compression de quelque tumeur.

Pour combattre cet état, il faut détruire l'obstacle qui s'oppose au cours de la lymphe, et favoriser ensuite le retrait des vaisseaux par une compression méthodique.

#### DES DILATATIONS DE L'ŒSOPHAGE ET DU PHARYNX

Les dilatations de l'œsophage tantôt congénitales, tantôt acquises, peuvent siéger sur les divers points de l'étendue de l'organe, et occuper la totalité ou une partie seulement de son calibre.

Dans ce dernier cas, l'œsophage présente une sorte de poche, conformation

qui existe naturellement chez le plus grand nombre des oiseaux. Cette dilatation latérale, qui tend sans cesse à s'accroître par l'accumulation des aliments, se montre le plus souvent dans la partie supérieure du conduit. Elle peut être produite par la pression prolongée d'un corps dur, volumineux, qui a séjourné quelque temps dans l'organe; mais presque toujours elle dépend d'un obstacle à la déglutition. (Voyez *Rétrécissement de l'œsophage*.) On a encore admis, plutôt par analogie que d'après l'observation, que certaines dilatations de l'œsophage résultaient d'une hernie de la membrane muqueuse à travers un érailement des fibres musculaires. Enfin il faut convenir que, dans quelques cas, les dilatations de l'œsophage ne peuvent s'expliquer par aucune des causes qui précèdent; elles sont alors ordinairement congénitales, et résultent d'une perversion dans les lois qui président à la formation des organes.

Les dilatations qui occupent tout le calibre de l'œsophage et une grande longueur du canal ont presque toujours lieu mécaniquement, par suite de l'accumulation des aliments arrêtés dans leur cours par quelque obstacle permanent. Il en est à peu près de même des dilatations du pharynx; celles-ci, beaucoup plus rares que les précédentes, se forment ordinairement à la partie inférieure de ce canal. Le pharynx peut constituer alors une large poche formée aux dépens du calibre tout entier du conduit. D'autres fois le pharynx se termine en un ou plusieurs prolongements sacciformes, qui peuvent s'étendre en arrière ou sur les côtés de l'œsophage, dans une étendue de 6 à 9 centimètres, et ont quelquefois une capacité égale à celle qu'a le pharynx dans son état normal.

Lorsque la dilatation occupe le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, on observe pendant la vie une déformation du cou produite par une grosseur située sur un des côtés de cette région ou sur les deux à la fois. Cette tumeur, dont le volume tend sans cesse à s'accroître, est molle; elle augmente pendant le repas, diminue souvent par le décubitus horizontal et toujours par le vomissement, ainsi que par la pression opérée de bas en haut, ce qui détermine le reflux des aliments jusque dans la bouche. La plupart de ces malades éprouvent habituellement une sorte de rumination, ils ont des régurgitations fréquentes d'aliments: c'est plutôt par ce mécanisme que par suite d'un véritable vomissement que la poche se débarrasse des aliments qui la distendent. Enfin, on a noté que les individus qui portaient cette lésion avaient quelquefois une puanteur excessive de l'haleine. A ces signes on ne saurait méconnaître une dilatation du pharynx et de l'œsophage.

Le diagnostic serait à peu près impossible, si la dilatation siégeait sur un point voisin du cardia. La régurgitation habituelle et la puanteur de l'haleine pourraient peut-être alors faire soupçonner la lésion.

La dilatation de l'œsophage est une maladie incurable; on ne peut espérer en triompher que dans les cas où elle est consécutive à un rétrécissement du conduit, si celui-ci toutefois est curable de sa nature. Si par la dilatation et la cautérisation on peut en triompher, on pourra voir la partie de l'œsophage dilatée revenir peu à peu sur elle-même et reprendre ses dimensions premières.

#### DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC

L'ampliation morbide de l'estomac, telle que je vais la décrire anatomiquement, correspond à l'affection que les anciens nommaient improprement *hydrogastrie* ou *hydropisie de l'estomac*, maladie sur laquelle M. le docteur Duplay a publié un travail très-intéressant dans les *Archives* de 1833.

**Anatomie pathologique.** — On trouve quelquefois l'estomac formant une

poche énorme qui recouvre toute la masse intestinale et descend même jusque derrière le pubis ou dans l'excavation pelvienne. L'ampliation peut être générale ou ne porter que sur le grand cul-de-sac. On conçoit que, dans ce dernier cas seul, la configuration de l'organe doit être changée. L'estomac dilaté peut acquérir jusqu'à cinq ou six fois son volume ordinaire; on l'a vu contenir alors 98 livres de liquide (Jadon).

Dans presque tous les cas d'ampliation morbide de l'estomac, on trouve un rétrécissement considérable de l'orifice pylorique. La dilatation a lieu par suite de l'accumulation et de la rétention des aliments et des boissons; elle se fait d'une manière mécanique, de même qu'on voit la vessie ou la vésicule biliaire se dilater, se distendre, lorsqu'un obstacle situé sur le trajet de leur conduit excréteur s'oppose à ce que ces réservoirs se vident des liquides qu'ils contiennent. Lorsque la dilatation est excessive, les parois stomacales peuvent être amincies, réduites à la ténuité d'une feuille de papier, et perforées en un ou plusieurs points par l'excès de leur distension. Dans ce cas, il a été ordinairement impossible de déterminer si l'atrophie qui porte surtout sur la tunique musculuse a été primitive, si elle est cause de l'ampliation que l'estomac a subie, ou si au contraire elle n'en est que la conséquence; cette dernière supposition nous semble être la plus probable. Quelquefois on a vu que l'estomac dilaté a contracté adhérence par sa face externe avec quelques-uns des organes environnants. Cette disposition, ayant pour résultat de tenir les parois des viscères écartées, de gêner leur contraction et d'empêcher que les matières ne soient complètement expulsées par le pylore après chaque digestion, doit nécessairement amener la dilatation de l'organe. Enfin, il est quelque cas (ce sont les plus rares) où l'estomac, énormément distendu et libre d'adhérence, ne présente aucune altération appréciable dans la structure de ses parois. On suppose alors que la dilatation s'est faite par suite d'un défaut de résistance du viscère ou de sa paralysie; le plus souvent pourtant elle tient à l'habitude qu'avaient les sujets, pendant leur vie, d'engloutir une quantité énorme d'aliments. Dans ces cas, on le comprend, l'ampliation est toute physiologique et ne produit aucun accident.

**Symptômes.** — La dilatation de l'estomac coexistant presque toujours avec un cancer du pylore, on doit observer chez la plupart des malades les symptômes de cette affection. Mais, indépendamment d'eux, il est d'autres signes qui sont propres à la dilatation que le viscère a éprouvée. Ces signes sont un gargouillement ou un bruit de *glouglou* qu'on excite dans le ventre lorsqu'on imprime au tronc un mouvement brusque de ballottement; ce phénomène pourtant n'a rien de caractéristique, puisqu'il peut se produire chez des individus bien portants, peu après l'ingestion des boissons. Dans l'ampliation morbide, la percussion de l'abdomen fournit aussi des résultats intéressants: ainsi, tandis qu'à l'épigastre et dans toute la zone supérieure du ventre, il existe un son clair, tympanique, on voit la sonorité diminuer à mesure qu'on approche des parties déclives, où, en raison de l'accumulation des liquides dans ce point, le son est tout à fait mat. En variant les positions du tronc, on déplace le liquide et l'on modifie ainsi à volonté les résultats fournis par la percussion. En général, les malades éprouvent de la gêne dans le ventre, où la palpation ne fait pourtant découvrir aucune tumeur distincte, excepté dans le cas de cancer. Les digestions sont plus ou moins troublées; il y a des vomissements aqueux, alimentaires, et les matières rejetées dépassent souvent la quantité de liquides qu'un estomac de capacité ordinaire pourrait contenir. Les vomissements, d'ailleurs, sont d'autant plus rares que l'estomac est plus large; car

l'organe s'affaiblit à mesure qu'il se dilate. Dans le cas où le pylore est libre, les liquides s'échappent souvent brusquement par cet orifice; les malades ont alors des gargouillements très-bruyants; ils éprouvent un pressant besoin d'aller à la selle, et évacuent presque aussitôt une quantité souvent énorme de liquide. Ces débâcles, qui sont quelquefois suivies d'une grande faiblesse, et même de syncope, ont lieu à des intervalles plus ou moins éloignés.

**Diagnostic.** — A une époque où le diagnostic local était encore peu avancé, la dilatation morbide de l'estomac a pu être confondue avec l'ascite, et de graves accidents sont résultés de cette erreur de diagnostic. Mais une pareille méprise est impossible aujourd'hui: car dans l'ascite le développement du ventre se fait de bas en haut; c'est le contraire dans l'ampliation de l'estomac. En outre, dans cette dernière maladie, le ventre diminue ou s'affaisse tout à fait après chaque vomissement un peu copieux ou après chaque débâcle intestinale; enfin, les résultats fournis par la percussion ne permettront de conserver aucun doute sur la nature de la maladie. Pour compléter le diagnostic, il faut, pour l'étude des symptômes et la marche de l'affection, déterminer si l'ampliation de l'estomac est simple ou si elle est consécutive à quelque altération organique. Le pronostic, d'ailleurs, et le traitement sont fondés sur cette connaissance.

**Traitement.** — Dans les dilatations sans lésion organique du pylore ou des parois de l'estomac, il faut diminuer beaucoup la quantité des aliments et des boissons. Cette précaution seule a quelquefois suffi pour réduire l'estomac à sa capacité normale. Le plus souvent on devra en outre chercher à ranimer la contractilité de l'organe par la compression, par les révulsifs, les douches, les toniques à l'intérieur et la glace. M. Duplay conseille aussi l'usage de la strychnine, mais jusqu'à présent l'expérience ne s'est pas prononcée sur la valeur de ces méthodes.

## DES DÉCHIRURES, RUPTURES ET PERFORATIONS SPONTANÉES

On doit entendre par *déchirure*, ou par *rupture*, une solution de continuité résultant de la distension forcée d'un de nos organes. La rupture et la déchirure sont pour les parties molles ce que la fracture est pour les os. La rupture peut être produite, ainsi que l'observe M. Duparcque, par des forces qui agissent en sens opposé, et à plus ou moins de distance les unes des autres. La solution de continuité qui s'opère alors dans un point intermédiaire à ces forces est indirecte, médiate ou par traction; ailleurs la cause agit en refoulant et comprimant le tissu qui se déchire au point de contact: la rupture est dite alors médiate ou par pression.

Les ruptures peuvent se faire sur un tissu sain ou sur un tissu malade. Le ramollissement, l'ulcération, la gangrène, l'amincissement, l'atrophie, les dégénérescences graisseuse, tuberculeuse et encéphaloïde sont des lésions principales qui, en diminuant la résistance d'un organe, le disposent le plus à se déchirer, à se rompre sous l'influence des causes qui agissent sur lui.

La perforation est une solution complète de continuité par laquelle une communication insolite s'établit entre un organe creux et un autre organe, ou bien avec l'extérieur. La perforation diffère de la rupture en ce qu'elle semble se produire sans efforts, sans tiraillements, sans pression, sans violence extérieure. La solution de continuité s'opère ici lentement, par suite d'une modification survenue dans la nutrition du tissu: ainsi la perforation se produit

tantôt sur un point ramolli, le plus souvent c'est par suite d'une ulcération qui s'est étendue en profondeur. Ces altérations primitives ne s'étant communément révélées par aucun symptôme, on dit que les perforations qui surviennent dans ces cas sont *spontanées*. Ce mot *spontané* est vicieux; il a été employé pour désigner les perforations du tube digestif qui s'opéraient sans l'intervention appréciable d'une cause extérieure à une époque où l'on regardait ces espèces de solution de continuité comme ne survenant guère que dans les empoisonnements. Le mot *spontané* ne signifie pas pourtant que la perforation s'est produite sans lésion de tissu antécédente, mais on exprime par là que cette lésion ne s'est révélée par aucun trouble appréciable; aussi les signes propres à la perforation se déclarent-ils tout d'un coup et surprennent souvent l'individu au milieu de la santé la plus parfaite en apparence.

Les perforations peuvent être simples ou multiples; en général, elles ne consistent qu'en une petite solution de continuité, en un pertuis extrêmement fin qui pourrait facilement échapper à un examen superficiel; néanmoins, quelque minime qu'il soit, il est suffisant pour livrer passage aux fluides et pour donner lieu consécutivement à des accidents plus ou moins graves et très-souvent mortels.

#### DES RUPTURES ET PERFORATIONS DE L'ŒSOPHAGE

Il existe dans la science quelques exemples de rupture de l'œsophage. Presque toujours cette lésion est survenue pendant les efforts de vomissements; mais quelque violents que soient ceux-ci, il nous paraît difficile qu'ils puissent à eux seuls déterminer la rupture de l'œsophage, si ce conduit n'offre pas déjà quelque grave altération de texture. Nous croyons du moins qu'il n'existe jusqu'à présent aucun fait qui contredise absolument cette opinion, sans en excepter peut-être même l'observation de cet amiral qui, ayant provoqué le vomissement pour expulser les aliments qui étaient en grande quantité dans son estomac, eut une rupture complète de l'œsophage dont les deux bouts furent trouvés écartés l'un de l'autre. L'œsophage qui se rompt, qui se déchire dans l'acte du vomissement, et à plus forte raison sans efforts et d'une manière spontanée en apparence, est affecté tantôt de ramollissement simple ou gélatiniforme, tantôt de cancer ulcéré.

Les perforations sont relativement plus fréquentes que les ruptures, sans être pourtant très-communes. Elles ont lieu de dedans en dehors ou de dehors en dedans. Les premières sont produites par la gangrène et plus souvent encore par les progrès d'une ulcération cancéreuse ou d'une ulcération simple : celle-ci est parfois déterminée par la présence d'un corps étranger.

Les perforations qui ont eu lieu de dehors en dedans résultent pour la plupart de la pression d'une tumeur anévrysmale de l'aorte, qui use et finit par détruire complètement la paroi de l'œsophage avec laquelle elle est en contact; plus rarement cette perforation est produite par le ramollissement des ganglions bronchiques tuberculeux ou par un abcès qui, extérieur à l'œsophage, s'ouvre dans sa cavité. On a vu enfin des ulcérations de la trachée se propager jusqu'à l'œsophage, et établir une communication anormale entre ces deux conduits.

**Diagnostic.** — Les signes capables de révéler une rupture de l'œsophage sont généralement très-obscur; on pourrait néanmoins soupçonner l'existence de cette grave lésion, si l'individu, présentant depuis un temps plus ou moins long quelque trouble du côté de l'œsophage, était pris brusquement, pendant

des efforts de vomissement, d'une douleur vive sur le trajet du conduit, si le vomissement cessait d'être possible, et si les boissons ingérées, pénétrant en partie ou en totalité dans le médiastin, déterminaient un sentiment d'angoisse et d'étouffement.

Le diagnostic des perforations offre généralement bien moins d'incertitude. Nous avons d'ailleurs déjà recherché plus haut d'après quels signes on pouvait reconnaître la communication de l'œsophage avec l'aorte, avec le médiastin, avec la plèvre, ou bien avec les poumons et les tuyaux aériens. Ces dernières communications accidentelles ont été étudiées par M. Vigla, dans un travail que cet habile médecin a inséré en 1846 dans les *Archives de médecine*.

**Pronostic.** — La rupture de l'œsophage est un accident qui est probablement toujours mortel; il en est de même de la plupart des perforations. Les seules peut-être qu'on puisse espérer voir guérir sont celles qui se forment consécutivement à la rupture d'un abcès ou d'un ganglion tuberculeux.

**Traitement.** — Dans les ruptures et dans presque tous les cas de perforation, surtout quand l'œsophage communique avec la plèvre ou le médiastin, on doit prescrire l'abstinence complète des aliments et des boissons. On étanche la soif en donnant à sucer au malade quelques tranches de citron ou d'orange, ou mieux encore en laissant fondre dans la bouche de petits morceaux de glace. On combat les complications par des moyens appropriés, et l'on soutient les forces par des bains gélatineux, et surtout avec des lavements de bouillon.

#### DES RUPTURES ET PERFORATIONS DE L'ESTOMAC

La rupture ou la déchirure de l'estomac, sur laquelle M. Lefèvre a publié en 1842 un travail intéressant dans les *Archives*, est un accident fort rare, et qui, presque toujours, est produit par quelque violence extérieure, comme une chute d'un lieu élevé, un coup violent porté sur l'épigastre, une forte pression exercée par un corps lourd, comme une roue de voiture qui passe en travers du corps. Ces causes agissent d'autant plus efficacement que l'estomac est plus distendu par des aliments solides, par des boissons ou par des gaz. On a encore supposé que, dans cet état de réplétion, la rupture pouvait s'opérer, comme on le voit fréquemment chez le cheval, pendant des efforts violents et impuissants de vomissement. Mais nous ne croyons cet effet possible qu'autant que les parois de l'estomac ont subi quelques-unes des altérations dont nous avons déjà parlé (ramollissement et ulcération); ces altérations, en effet, précèdent presque toujours les perforations dites *spontanées*. Il en est à plus forte raison de même des ruptures qui surviennent à l'occasion de quelques efforts musculaires, comme dans l'acte de la défécation ou en soulevant de lourds fardeaux. Enfin quelques auteurs ont admis que, par suite d'une exhalation abondante de gaz dans les organes digestifs, l'estomac pouvait subir une distension extrême et capable de le rompre. Cette opinion n'a guère été admise que par analogie et par comparaison de ce qu'on observe chez quelques animaux herbivores : ceux-ci, après avoir mangé des plantes fraîches et mouillées par la rosée, éprouvent en effet quelquefois un dégagement subit de gaz et en quantité telle qu'une rupture de l'estomac peut en être la conséquence. Il n'existe jusqu'à présent dans la science aucun fait, du moins connu de moi, qui démontre que la même cause ait jamais agi de la même manière chez l'homme. D'ailleurs, pour que l'estomac pût ainsi éclater par excès de distension, il faudrait qu'une lésion organique ou qu'une contraction spasmodique et simultanée des deux orifices s'opposât d'une manière absolue à l'issue des matières solides, liquides

et gazeuses qui le distendent. Quoi qu'il en soit, la rupture survenant dans ces conditions devrait s'opérer presque toujours dans les parties les moins résistantes de l'organe, c'est-à-dire vers la grande courbure, et surtout dans le grand cul-de-sac.

La plupart des solutions de continuité de l'estomac appartiennent à l'ordre des perforations : elles sont produites par des causes physiques, chimiques et vitales. Pour les premières, on conçoit qu'un instrument acéré, qu'un fragment d'os introduit dans l'estomac, pourront perforer cet organe. Les causes qui agissent chimiquement sont les poisons corrosifs, qui perforent l'estomac de deux manières : tantôt ils corrodent les parties, ils les détruisent, les ramollissent, de sorte que le poison pénètre bientôt dans le péritoine ; d'autres fois les tissus sont simplement enflammés, ulcérés, la perforation survient alors par les progrès du travail ulcératif.

Les causes des perforations que nous nommons *organiques* ou *vitales* sont surtout celles qui, apportant quelque changement dans la nutrition ou dans la structure de l'estomac, rendent les parois de l'organe plus minces et plus friables : telles sont les ulcérations simples ou cancéreuses, qui détruisent peu à peu toute l'épaisseur des parois ; le ramollissement gélatiniforme, et les eschares qui, en se détachant, peuvent laisser une ouverture qui fait communiquer l'estomac avec le péritoine ; et dans les cas où la destruction n'atteint qu'une ou deux des membranes, il reste une ulcération dont les progrès peuvent amener le même résultat. Un abcès développé dans les parois, ou bien des tubercules sous-muqueux et sous-séreux, peuvent encore, après s'être ramollis, s'ouvrir successivement ou simultanément sur les deux surfaces de l'estomac, et établir une perforation ; s'ils ne s'ouvrent qu'à l'intérieur, ils sont suivis d'une ulcération qui peut à son tour être suivie de perforation. Enfin, on voit quelquefois l'estomac se perforer d'une manière tout à fait spontanée, sans cause appréciable, chez des individus jouissant d'une santé parfaite ; l'autopsie ne révèle alors d'autres altérations qu'une solution de continuité. On a cherché à expliquer celle-ci de différentes manières : quelques-uns, et Chaussier à leur tête, ont invoqué un travail phlegmasique qui aurait rapidement détruit un point de l'estomac. Cette opinion, à laquelle M. Andral semble se rallier, ne me paraît pas probable, attendu que nulle part on ne voit ainsi l'inflammation se circonscrire à un espace de quelques millimètres ; nulle part non plus on ne la voit détruire instantanément les tissus ; enfin, à l'autopsie, on trouve les bords de la solution de continuité ramollis, déchiquetés, parfois ecchymosés, mais il n'y a pas les caractères anatomiques d'un travail phlegmasique. Nous croyons que dans ce cas on est en présence d'un ramollissement aigu semblable à ceux que nous avons vu précédemment attaquer le cerveau et produire des symptômes subits de paralysie. Ainsi rien ne prouve que l'inflammation ait une part quelconque dans le développement de l'altération ; nous ne saurions voir là autre chose qu'une de ces nombreuses lésions de nutrition dont le mode de production est encore un mystère. Quant à ceux qui expliquent le ramollissement par l'action du suc gastrique sur les parois de l'estomac, nous dirons de nouveau ce que nous avons précédemment prouvé (page 272), savoir, qu'une pareille dissolution ne peut s'exercer que sur le cadavre, et qu'il n'est nullement prouvé que le suc gastrique puisse altérer l'estomac pendant la vie, à moins qu'il n'y ait abolition de l'influx nerveux, comme on le voit chez les animaux, après la section des nerfs pneumogastriques.

Quel que soit le mécanisme de la perforation, celle-ci s'opère souvent sans cause déterminante appréciable ; mais quelquefois elle arrive à la suite d'un

effort, d'une secousse, d'une compression de l'abdomen, d'une distension de l'estomac par des aliments ou par des gaz, circonstances qui seraient sans effet sur un organe sain, mais qui suffisent pour opérer une déchirure lorsque les parois sont affaiblies par une ulcération ou par un ramollissement.

Jusqu'à présent nous avons vu la perforation de l'estomac s'opérer de dedans en dehors ; mais quelquefois pourtant elle se fait d'une manière inverse.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de ces dernières, qui sont un des modes de terminaison souvent heureux de maladies plus ou moins graves ; tels sont certains épanchements péritonéaux, ou des abcès du foie, de la rate, etc., qui se frayent quelquefois une issue au dehors à travers l'estomac.

**Anatomie pathologique.** — Les perforations de l'estomac, anatomiquement étudiées, varient beaucoup entre elles. Les unes ne consistent qu'en un simple pertuis tellement étroit, qu'on est souvent obligé d'insuffler l'estomac pour le découvrir ; le plus ordinairement pourtant le trou a la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc. La destruction peut être plus étendue encore, et occuper un espace de 6, 8 ou 10 centimètres, lorsqu'elle est produite par un ramollissement des parois de l'organe. Il n'existe communément qu'une perforation ; il est des cas pourtant où l'on en trouve plusieurs à plus ou moins de distance les unes des autres. Les bords de la perforation sont très-différents, suivant la cause qui a produit cette lésion : dans les perforations par cancer, l'ouverture à bords indurés existe au centre ou à la limite même de l'ulcération cancéreuse ; dans les perforations par ulcération simple, les bords sont tantôt arrondis, taillés à pic ; d'autres ont les bords inégaux, amincis, ramollis, diversement colorés. Dans les perforations par ramollissement simple il y a aussi des bords inégaux, frangés, d'un blanc opaque, ou grisâtres et ramollis dans une étendue d'au moins 3 ou 4 millimètres.

Ces perforations varient, quant à leur siège, suivant la cause organique qui les a produites. Celles qui succèdent à une ulcération cancéreuse occupent, pour la plupart, le voisinage du pylore ou l'une des courbures ; celles qui sont déterminées par une ulcération simple siègent à la face antérieure ou bien à la face postérieure ; enfin les perforations par ramollissements occupent le plus souvent le grand cul-de-sac.

Chez presque tous ceux qui succombent avec une perforation de l'estomac, on trouve l'abdomen distendu par les liquides et par les gaz épanchés dans le péritoine ; cette membrane est enflammée dans toute son étendue. Dans quelques cas pourtant la perforation se faisant lentement, et des adhérences s'établissant avec quelques-unes des parties voisines, empêchent l'épanchement de s'opérer dans le ventre. C'est ainsi qu'on trouve assez souvent au fond d'une ulcération qui a détruit toute la paroi correspondante de l'estomac, le foie, la rate, le pancréas, le diaphragme, la paroi abdominale, le colon transverse, le duodénum ou une anse d'intestin grêle qui font en quelque sorte l'office d'un bouchon. Mais il arrive aussi quelquefois que le travail ulcératif, envahissant à son tour l'organe qui a contracté adhérence avec l'estomac, le détruit dans ce point, il en résulte alors une double perforation. C'est ainsi qu'on a vu l'estomac communiquer avec l'extérieur à travers la paroi abdominale ; nous l'avons vu s'ouvrir dans le colon transverse, et l'on a cité des cas où, après la destruction du diaphragme, cet organe communiquait avec la plèvre ou bien avec le poumon.

**Symptômes. Marche. Terminaison.** — Les perforations de l'estomac peuvent être précédées pendant un temps plus ou moins long par des troubles divers déterminés par quelques-unes des altérations dont la perforation est si