

Le pylore déborde donc légèrement à droite la ligne médiane, et si nous ajoutons qu'il se trouve parfois situé sur la même ligne que le cardia, on voit qu'une incision médiane de la paroi abdominale entre les deux muscles droits sera la meilleure pour avoir accès sur cette partie de l'estomac.

Le rapport du cardia avec le bord gauche du sternum servira de guide pour diriger une sonde dans l'œsophage en cas de cathétérisme rétrograde de ce conduit.

La difficulté de découvrir l'estomac, lorsque cet organe est rétracté, n'existe plus lorsqu'il s'agit d'un néoplasme des parois ou du pylore.

Le *système lymphatique* de l'estomac a pris à nos yeux une plus grande importance depuis que le cancer de cet organe est devenu tributaire de la chirurgie. M. Cunéo l'a étudié à ce point de vue et a constaté que les ganglions auxquels aboutissent directement les vaisseaux lymphatiques de l'estomac sont rapidement envahis, surtout ceux de la petite courbure, d'où la nécessité de réséquer dans une étendue aussi grande que possible toute la masse néoplasique. Les ganglions voisins ne tardent pas non plus à être affectés, ce qui rend l'extirpation inutile. Aussi la tendance générale est-elle de pratiquer une opération palliative, la gastro-entérostomie, qui apporte encore un soulagement considérable à l'état des malades.

INTESTIN GRÊLE (Voy. fig. 232).

L'*intestin grêle* est la portion du tube intestinal comprise entre l'estomac et le cæcum. Une valvule est située à chacune de ses extrémités : la valvule pylorique du côté de l'estomac, la valvule iléo-cæcale du côté du cæcum.

La longueur totale de l'intestin grêle est, en moyenne, de 8 mètres. Elle est, d'ailleurs, variable suivant les sujets : c'est ainsi que Beau rencontra un intestin grêle long seulement de 2^m,76, et, chose remarquable dans ce cas, les valvules conniventes existaient dans toute sa longueur. L'intestin grêle est notablement plus large à son origine qu'à sa terminaison.

Il est parfois le siège de diverticules, qui ont été très bien étudiés par Cazin au point de vue anatomique et pathologique. Presque constamment uniques, ces diverticules siègent toujours sur l'iléon, et leur point d'émergence le plus commun est le tiers inférieur de cet intestin. Ils naissent ordinairement du bord libre, parfois des faces latérales, plus rarement du bord mésentérique de l'intestin. Leur longueur ordinaire est de 7 à 8 centimètres ; elle peut n'être que de 2 à 3 et aller jusqu'à 18 et 20 centimètres. Cazin en rapporte la forme à quatre types : ils sont cylindriques ; coniques à grosse extrémité dirigée du côté de l'intestin ; coniques avec une disposition inverse ; enfin globuleux, mais alors jamais pédiculés. Leur structure est à peu près la même que celle de l'intestin grêle, sauf que le sommet est fort aminci par suite de l'absence des fibres musculaires. Ils sont généralement mobiles dans tous les sens.

Le plus souvent inoffensifs, ces diverticules peuvent être la cause de divers accidents. Ils s'enflamment parfois, contractent des adhérences avec les parties voisines et deviennent ainsi une cause d'étranglement interne. Il arrive encore qu'ils forment un nœud autour d'une anse intestinale ; ils peuvent se déplacer,