

Pour compléter mes recherches, je me suis ensuite occupé de préciser le siège, la hauteur et les dimensions de la partie rétrécie. Au moyen d'une baleine munie d'une olive d'ivoire, j'ai constaté que ce rétrécissement était à 10 centimètres de l'anus. Poussant ensuite l'olive pour franchir le détroit, après avoir marqué sur la tige le point précis du premier arrêt, je l'ai profondément enfoncée, et, la ramenant ensuite, j'ai de nouveau marqué sur la tige le second temps d'arrêt. Après avoir retiré l'instrument, il m'a été facile de mesurer, entre les deux marques que j'avais faites, une étendue de 2 centimètres et demi. J'ajoute enfin qu'une olive de 10 millimètres a traversé le rétrécissement, mais que, passé ces dimensions, je n'ai jamais pu le traverser.

Ayant ainsi constaté la forme, le siège et l'étendue de la lésion, nous devons chercher sa nature, et malheureusement nous ne trouvons rien dans les antécédents du malade qui pût nous aider beaucoup.

Vous savez tous que les rétrécissements classiques se présentent en forme de valvule, de diaphragme, qu'ils sont ou cicatriciels ou néoplasiques.

Les rectites, les gommés, les ulcérations de toutes natures sont leur étiologie.

Avions-nous affaire à un rétrécissement valvulaire ?

Les rétrécissements valvulaires ne sont autre chose que l'exagération de l'état normal de la valvule de

Houston. Jamais ils ne forment ainsi un anneau complet. On a cependant cité deux exemples, où la valvule représentait un cercle composé de deux parties saillantes : l'une antérieure, l'autre postérieure, entre lesquelles il existait une fente, un orifice elliptique ; mais remarquez que ces rétrécissements étaient toujours assez près de l'orifice anal, tout au plus à 4 ou 5 centimètres. Ils n'ont du reste jamais que l'épaisseur des tissus adossés pour former un repli, composés qu'ils sont d'une saillie de la muqueuse contenant dans son épaisseur une petite quantité de tissus, et jamais ils n'offrent une épaisseur manifeste comme celui que vous venez d'examiner.

Il ne s'agit donc pas d'un rétrécissement valvulaire simple. Ni la consistance, ni l'absence d'induration, que vous avez constatées, ne permettent de croire qu'il existe davantage un tissu cicatriciel. Les rétrécissements cicatriciels résultent d'un traumatisme, de corps étrangers, d'ulcérations quelconques, et vous vous souvenez que rien d'analogue n'a été signalé dans l'histoire pathologique de notre jeune malade. Cependant, il est bien question de pertes légères de sang par l'anus, de douleurs rectales, et nous pourrions peut-être penser que la dysenterie aurait été la première cause. Sans rien affirmer, je n'y crois pas, les troubles légers, apyrétiques, que je vous signalais, ne ressemblant en rien, ni par leur intensité, ni par leur durée indéfinie, aux symptômes d'une dysen-

terie commune que ce jeune garçon aurait pu contracter dans son pays des Landes.

Laissant bien loin la dysenterie, j'admettrais plutôt que les douleurs vagues, le ténesme du début, s'expliquent par des hémorroïdes aujourd'hui disparues, et je repousse la pensée qu'il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel, cette dernière variété n'étant en somme que très rarement annulaire.

M. Gosselin a décrit les rétrécissements cylindriques qui ont beaucoup des particularités que vous avez aujourd'hui constatées; telles, par exemple, la hauteur, le siège et la configuration. Et, cependant, vous devez abandonner le rétrécissement cylindrique: il n'existe pas ici.

Dans son étiologie, on fait jouer le rôle le plus important à la syphilis. MM. Desprès et Gosselin pensent qu'un accident syphilitique ou vénérien, amenant dans le tissu sous-muqueux l'épanchement de produits plastiques, et plus tard la rétractilité de ces produits épanchés, peut, avec le temps, déterminer la formation d'un rétrécissement.

M. Fournier croit qu'un accident tertiaire, une gomme par exemple, qu'elle se résorbe ou soit suppurées, intervient toujours pour produire le rétrécissement cylindrique. Je reste convaincu, Messieurs, que les deux opinions, celle de M. Gosselin et celle de M. Fournier, doivent être acceptées.

Quoi qu'il en soit, cette forme de rétrécissement

n'est pas située à plus de cinq à six centimètres de l'anus, et sa consistance est bien autre. Il est fibreux, dur, il ne forme pas un anneau brusque, mais bien plutôt un entonnoir, qui conduit insensiblement le doigt explorateur, à travers de nombreuses petites irrégularités, vers un orifice étroit, de plus en plus étroit, qu'on ne peut bien souvent franchir.

Quelles différences avec le cas qui nous occupe! Ici, la muqueuse est flasque, souple et mobile, et c'est dans le dédale de ses plis qu'il a fallu trouver cet orifice étroit, saillant et encore assez souple.

Remarquez enfin, Messieurs, que si des différences existent au point de vue de la consistance, de la situation, de la configuration, il y en a bien d'autres encore au point de vue fonctionnel.

Chez les malades atteints de rétrécissement fibreux, cylindriques anciens, la constipation est opiniâtre, les patients doivent faire de pénibles efforts pour aller à la selle, efforts souvent inutiles ou sans résultats suffisants. A la constipation succède parfois de la diarrhée, de véritables débacles. Il y a des émissions de matières glaireuses, de matières sanglantes résultant d'ulcérations, de ramollissement de la muqueuse au-dessus du détroit, et, quand ces pertes de sang existent, elles sont toujours accompagnées de douleurs à cause des ulcérations qui les produisent.

Enfin, ces divers troubles retentissent sur la région abdominale: il y a du météorisme, des coliques et

les malades, tourmentés sans cesse, ne mangent plus dans la crainte d'éprouver des douleurs plus vives; ils vont ainsi s'amaigrissant, perdant leurs forces et la cachexie ne tarde pas à se produire.

La conclusion est donc qu'il n'y a dans notre cas, rien ni du côté de la fonction ni du côté de l'état général qui ressemble au rétrécissement cylindrique. A plus forte raison, Messieurs, ne s'agit-il pas ici d'une forme plus grave, d'une altération cancéreuse. Ce que je vous ai dit précédemment de la consistance, de la marche, de tous les caractères enfin constatés dans cette observation, vous ferait repousser ce diagnostic.

Si nous abandonnons successivement toutes les variétés de rétrécissement, nous arrivons à admettre qu'il existe chez ce malade une lésion tout à fait particulière, et vous donnant mon avis, je dirai : c'est un rétrécissement par hypertrophie musculaire. La place qu'il occupe au niveau du sphincter supérieur d'O. Beirn, la souplesse remarquable de ses bords malgré l'étendue relative et l'épaisseur des parties qui le forment, sont les premières raisons qui m'engagent à adopter cette opinion. Certainement, la muqueuse glissant facilement sur les tissus voisins, la souplesse de toutes ces parties malades, l'orifice lui-même sans bosselures, sans résistance absolue, tout cela plaide en faveur d'une modification du calibre de l'intestin par hypertrophie du tissu musculaire et non des tissus

dont l'hyperplastie aboutit toujours à l'induration comme on le voit pour le tissu conjonctif.

Mais comment comprendre cette hypertrophie du tissu musculaire? De la même manière, Messieurs, que nous comprenons celle des muscles soumis à des efforts incessants. Tout muscle qui travaille trop s'hypertrophie : le cœur quand ses orifices sont malades, la vessie quand le canal est rétréci. Or, vous n'avez pas oublié que, pendant de longues années, cet homme a été tourmenté par des besoins fréquents, sollicités, produits évidemment par une cause d'irritation placée à la partie inférieure du rectum. Et quelle pouvait être cette cause sinon des hémorrhoides, venant cinq, six, huit et dix fois par jour pour provoquer l'envie, le besoin d'aller à la selle. L'effort qui suivait l'excitation ne se passait pas seulement dans les muscles abdominaux; le rectum associe son action à ces derniers et seul il peut chasser les matières contenues dans sa cavité. La contractilité toujours excitée, mise en éveil, a pu, pendant les années que l'excitation s'est produite, aboutir à l'hypertrophie de l'élément musculaire et le rétrécissement s'est produit.

Je n'hésite donc pas à dire que, vu les caractères physiques présentés par cette lésion, vu surtout l'absence de troubles fonctionnels graves, il s'agit ici d'un rétrécissement musculaire amenant certaines douleurs, certains troubles fonctionnels à caractère indéfini

qu'on pourrait à la rigueur considérer comme le premier stade d'une affection qui, si elle s'accroît, produirait des désordres peut-être considérables.

J'arrive en effet à cette question importante : ce rétrécissement est-il curable ? Va-t-il s'aggraver d'une manière inévitable ?

Je crois, Messieurs, que nous devons beaucoup redouter l'avenir. La fibre musculaire hypertrophiée peut facilement dégénérer. Voyez le cœur, voyez la vessie dont les parois s'altèrent, perdant leur souplesse et leur contractilité en proportion du temps écoulé depuis le début de l'hypertrophie. Cela peut très bien se produire chez notre malade ; et de souples qu'elles sont aujourd'hui, les parois du rétrécissement deviendront résistantes, dures, offrant tous les caractères et aussi amenant tous les troubles qui font la gravité des rétrécissements cylindriques.

Si le pronostic est encore bon, il faut réserver l'avenir.

Or, nous n'attendrons pas que ces graves modifications se soient produites ; nous agirons pour épargner au sujet les souffrances cruelles qui viendront avec elles.

Ce cas est certainement de ceux que la dilatation lente, progressive, régulière peut améliorer et guérir. La fibre musculaire ne peut résister à son action sagement conduite. Mais la dilatation n'est pas seule.

Les courants continus, qui ont la propriété de mo-

difier la nutrition, c'est-à-dire de la régulariser, méritent, en pareil cas, que vous leur prêtiez votre attention ; et je me fais un devoir de vous indiquer leur efficacité probable.

Nous ne devons pas penser à tous les autres moyens imaginés contre les rétrécissements : moyens chirurgicaux dont l'usage est interdit quand les procédés de douceur se trouvent indiqués.

Restez convaincus que si le diagnostic est juste, vous guérirez ce malade avec la dilatation et les courants associés.

NOTE. — Deux mois après son entrée à la salle 17, le malade, soumis immédiatement à la dilatation progressive, est sorti de l'hôpital complètement guéri.

