

pagent ces évacuations incessantes, mais toujours peu copieuses, et par le ténesme cuisant qui s'y joint. Le pourtour de l'anüs est constellé de nodosités, la muqueuse est à l'état de prolapsus et présente parfois un bourrelet hémorrhoidal. Les forces des malades baissent constamment, grâce aux souffrances et à la persistance de la diarrhée. Ils maigrissent, sont à la fin d'une pâleur et d'une faiblesse excessives et ont de la fièvre vers le soir. La mort arrive par les progrès de l'affaiblissement général, plus rarement par une péritonite perforative, après que la maladie tout entière a duré 1 $\frac{1}{2}$ à 2 $\frac{1}{2}$ années environ.

La terminaison funeste est malheureusement la règle dans tous les cas un peu avancés. Le *pronostic* dans la syphilis rectale doit par conséquent être très sévère. C'est seulement quand la maladie est reconnue dès son début et traitée à temps, qu'il y a moyen d'obtenir une amélioration réelle, si pas la guérison.

Au commencement on doit nécessairement instituer un traitement général énergique de la syphilis (cure par friction et iodure de potassium). Mais dès que le rétrécissement infundibuliforme caractéristique s'est formé, il y a peu de chose à attendre de la médication antisiphilitique, attendu qu'elle n'a plus d'action sur les cicatrices établies et sur leurs conséquences. Il n'y a que la dilatation mécanique du rétrécissement par l'*introduction* méthodique de bougies, qui soit capable d'améliorer la situation, et quand cela ne suffit pas, l'*intervention opératoire*. En outre il est bon de s'adresser localement au catarrhe (irrigations) et aux ulcères qui subsistent dans le rectum. A l'intérieur on peut autoriser l'emploi de l'iodure de potassium.

CHAPITRE HUITIÈME. CANCER DE L'INTESTIN.

Le cancer se développe beaucoup plus rarement dans l'intestin que dans l'estomac. C'est seulement à l'extrémité inférieure de l'intestin, dans le *rectum*, qu'on observe assez souvent le carcinome. En outre, dans le *gros intestin*, les endroits où il s'incurve, le *cæcum* (et l'appendice vermiculaire), et dans l'*intestin grêle*, la région de la papille duodénale, constituent les lieux de prédilection de la production carcinomateuse.

La plupart des cancers intestinaux se montrent sous forme de tumeurs annulaires comprenant toute la circonférence de l'intestin. On rencontre plus rarement des végétations papillaires diffuses, s'étendant à de grandes surfaces intestinales. Le néoplasme subit souvent, aux dépens de sa partie superficielle, un travail destructif assez étendu qui donne naissance à

de profondes ulcérations. Parfois on constate des transports *métastatiques* dans d'autres organes (glandes, péritoine, foie, etc.).

D'après sa texture histologique, le cancer intestinal est généralement un *carcinome à cellules cylindriques* qui est en partie de structure manifestement glanduleuse (*adénocarcinome*), et qui, pour le reste, appartient aux autres formes du cancer (squirrhe, fungus médullaire, cancer colloïde).

Comme le cancer en général, le cancer intestinal se montre de préférence, si pas exclusivement, dans un *âge avancé*.

Les *symptômes cliniques* du cancer intestinal ne sont que dans un petit nombre de cas assez tranchés pour permettre d'affirmer le diagnostic. Le cancer du rectum se manifeste par un tableau morbide caractéristique.

Le *cancer rectal* commence d'ordinaire par des troubles de la défécation et des douleurs du rectum qui, au début, ne se produisent qu'au passage des matières, mais deviennent presque continues dans la suite. Ces douleurs s'irradient souvent dans le voisinage, dans la cuisse, dans les organes génitaux, etc. Les symptômes locaux s'accroissent de plus en plus, les selles renferment un mélange de mucus et de sang, la diarrhée alterne avec une constipation opiniâtre. En même temps les malades s'émacient et sont de plus en plus faibles et misérables. Parfois il s'établit à la fin une parésie complète du sphincter, de manière que de l'anüs entrouvert s'écoule constamment un liquide muco-sanguinolent. L'*exploration manuelle* suffit presque toujours pour s'assurer du diagnostic. On sent en effet la végétation cancéreuse à l'état de tumeur globuleuse et dure, dont l'étendue et la *propagation* éventuelle aux organes avoisinants (vagin, vessie) peut également être déterminée avec une certaine précision. L'*examen au spéculum anal* vient confirmer l'exactitude du diagnostic. Dans quelques cas, la destruction du néoplasme entraîne des *perforations* dans les organes susdits, avec les conséquences qui en découlent et qu'on se représente aisément (cystite, écoulement vaginal purulent, etc.). La *péritonite par perforation* peut également se déclarer. Les carcinomes secondaires se déclarent surtout dans le *foie* et puis dans le *péritoine*, etc.

En général les *carcinomes du colon* ne provoquent pendant longtemps que des symptômes très indécis et difficiles à interpréter. Ils consistent principalement en désordres de la défécation, en une constipation rebelle, en douleurs sourdes de l'abdomen et dans les signes d'un amaigrissement général et d'une faiblesse lentement progressive. Très souvent les selles sont formées de petits crottins aplatis d'une configuration particulière, ayant une certaine ressemblance avec des excréments de moutons. Ces selles ovillées se rencontrent d'ailleurs aussi dans le carcinome de l'intestin grêle. L'examen de l'abdomen donne fréquemment un résultat négatif, parfois

cependant on peut sentir le néoplasme à l'état de *tumeur* manifeste à travers les parois abdominales. Au surplus il est toujours difficile, même dans ces circonstances, de préciser le siège de la tumeur, parce qu'on peut aisément confondre avec elle les carcinomes qui émanent de l'estomac, de l'épiploon, des ganglions mésentériques, etc. D'autre part, on court risque de se tromper sur l'endroit qu'occupe la tumeur, parce que les grosseurs qu'on perçoit dans le carcinome de l'intestin appartiennent quelquefois, non pas tant au néoplasme même qu'aux masses fécales agglomérées au-dessus de lui. Les *carcinomes du cæcum* sont parfois pendant un temps considérable hors d'état d'être différenciés d'avec les tumeurs qui sont le résultat de la typhlite et de la pérityphlite chroniques. L'âge seul du malade, la longue durée de la maladie et son aggravation progressive, puis encore une infiltration qui se produit dans les glandes inguinales, éveillent l'idée d'un carcinome. Dans un cas observé à la clinique chirurgicale de Leipzig, il se fit une perforation à travers la peau, d'un carcinome émané de l'appendice vermiculaire. Les rares *cancers de l'intestin grêle* présentent au diagnostic de plus grandes difficultés encore. Quand une tumeur peut être saisie à travers les téguments, on peut parfois constater qu'elle est douée d'une *mobilité remarquable* en rapport avec les différentes situations que l'anse intestinale atteinte peut occuper. Les *carcinomes du duodénum*, sous beaucoup de rapports, ressemblent aux carcinomes de l'estomac, spécialement du pylore. Ils finissent aussi par produire, outre l'ampliation du segment du duodénum situé en deçà de la tumeur, la *dilatation de l'estomac* et ensuite les conséquences connues de l'ectasie stomacale. Les carcinomes qui siègent à la papille duodénale occasionnent d'ordinaire un ictère prononcé et de longue durée.

Le *pronostic* de tous les carcinomes intestinaux est entièrement défavorable. La maladie peut embrasser un temps relativement long, deux ou trois ans environ. Dans beaucoup de cas, au contraire, la durée des symptômes morbides apparents est courte (peu de mois ou même de semaines), évidemment parce que la maladie existait depuis longtemps sans provoquer de symptômes. L'issue finale du carcinome intestinal a lieu sous l'image d'un épuisement général progressif ou par perforation du néoplasme et péritonite purulente terminale. De vastes foyers putrides qui s'étendent dans le tissu cellulaire avoisinant, la phlébite et la pyémie peuvent venir s'ajouter au carcinome intestinal. Enfin une série de carcinomes intestinaux conduisent à la mort avec les signes d'un *rétrécissement intestinal* infranchissable dont la marche est tantôt lente et tantôt rapide (v. plus loin). Cependant les symptômes déjà prononcés du rétrécissement intestinal peuvent parfois disparaître passagèrement par suite de la fonte ulcéralive du cancer.

Le *traitement* se bornera à adoucir, autant que possible, les souffrances du malade. Il faut faciliter les garde-robes par un régime approprié et par les purgatifs. Les douleurs doivent être calmées par les narcotiques. Le *traitement chirurgical* du cancer intestinal n'a eu jusqu'ici à enregistrer de succès qu'en ce qui concerne le cancer du rectum. Au début on peut obtenir un résultat durable par l'extirpation du rectum. Quand le carcinome est trop avancé, le curettage procure tout au moins un adoucissement temporaire. Pour plus de détails voir les traités de chirurgie.

CHAPITRE NEUVIÈME.

HÉMORRHOÏDES.

On désigne sous le nom d'« *hémorrhoides* » les dilatations diffuses ou variqueuses des veines hémorrhoidales, surtout de celles du lacis qui environne l'extrémité inférieure du rectum. Les « *bourrelets hémorrhoidaires* » sont constitués par quelques varicosités plus fortes, qui émergent du tissu cellulaire sous-muqueux et poussent la muqueuse au devant d'elles. Si ces tumeurs siègent au-dessous du sphincter anal, on les nomme *hémorrhoides externes*, par opposition à celles qui sont situées au-dessus du sphincter et qu'on appelle *hémorrhoides internes*. La dimension des tumeurs varie avec le degré de réplétion des veines dilatées. Cependant, les tumeurs hémorrhoidales ne sont pas exclusivement formées par la dilatation des vaisseaux, mais il existe en même temps un épaissement assez considérable du tissu cellulaire ambiant, qui donne à la muqueuse l'aspect d'une boursouffure garnie de renflements polypeux. D'ordinaire les hémorrhoides se présentent sous forme de tumeurs bleuâtres, de la dimension d'un pois à celle d'une grosse noix, qui entourent en cercle le rebord de l'anus. Plusieurs d'entre elles ont une base large, tandis que les autres sont pédiculées.

Les hémorrhoides sont *causées* principalement par des *stases* répétées dans les veines susdites. L'obstacle au dégorgeement veineux est parfois de nature purement *locale*. C'est ainsi que les hémorrhoides se développent de préférence chez les personnes habituellement constipées et conséquemment chez celles qui mènent une vie sédentaire. Puis on les voit se former à la suite de stases dans le *système-porte* (dans la cirrhose du foie, etc.), et enfin consécutivement aux *troubles de la circulation générale* (affections pulmonaires, maladies du cœur). Quelquefois cependant il n'y a pas moyen d'assigner de cause suffisante à la production de la maladie et l'on est contraint d'admettre une *altération locale du plexus veineux en question*, laquelle coïncide