

des productions polypeuses, il existe plusieurs autres causes que nous devons mentionner ici particulièrement.

Une des plus communes est la diminution du calibre produite par une compression extérieure. En effet, la trachée, les bronches et leurs ramifications principales sont souvent comprimées, aplaties par des tumeurs de diverses natures; la première l'est souvent par un goître volumineux; toutes le sont fréquemment par des anévrysmes de l'aorte, par des ganglions tuberculeux. Les ulcérations, celles surtout que produisent la syphilis et la morve, peuvent, en se cicatrisant, amener une diminution considérable du calibre de la trachée par suite de la fâcheuse propriété qu'a le tissu inodulaire de se rétracter. M. Reynaud a souvent rencontré les ramifications bronchiques oblitérées par suite de la coarctation de leurs parois et de leur transformation en cordons solides; enfin M. Gintrac a publié en 1844, dans le *Journal de médecine* de Bordeaux; le fait curieux d'un enfant de huit ans, qui avait toujours eu de la dyspnée, qui mourut suffoqué, et à l'autopsie duquel on trouva, comme explication des troubles fonctionnels observés pendant la vie, une hypertrophie des fibrocartilages de la trachée et des bronches, ce qui avait occasionné un rétrécissement considérable de ces conduits.

Le rétrécissement peut être plus ou moins considérable; une ou plusieurs bronches peuvent être tout à fait oblitérées, mais la trachée, on le conçoit, ne peut être que rétrécie; elle l'est parfois à un degré si considérable, qu'une sonde de femme peut à peine la traverser. Le rétrécissement est plus ou moins étendu; le tuyau aérien, diversement déformé, peut présenter au-dessus et au-dessous de l'obstacle une ampliation plus ou moins grande, conséquence de la difficulté que l'air éprouve à pénétrer pendant l'inspiration, et à sortir pendant l'expiration; ajoutons que la trachée, bridée par des adhérences, comprimée ou perdue au milieu de tissus malades, est souvent à peu près immobile.

La compression des tuyaux aériens, en diminuant le volume d'air qui pénètre dans la poitrine, rend le murmure respiratoire faible ou nul, en même temps que la percussion donne une sonorité moins parfaite. Si la compression porte sur la trachée, ces phénomènes existent dans toute l'étendue du thorax; les malades accusent en même temps une dyspnée qui est en rapport avec le degré de compression; chaque inspiration, presque toujours plus pénible que l'expiration, est marquée par un sifflement ou par un bruit rauque, semblable à celui que font entendre les chevaux cornards. Si la compression n'atteint qu'une bronche, ou si un corps étranger est engagé dans sa cavité, le bruit respiratoire est affaibli seulement dans le côté correspondant; enfin, si la compression ou l'oblitération n'affecte qu'une ramification, le bruit d'expansion ne sera affaibli ou suspendu que dans les portions du poumon qui en dépendent, car il n'existe point ici, comme pour le système artériel, de voie anastomotique qui puisse ramener l'air dans les cellules pulmonaires.

La dyspnée est un symptôme constant qui varie suivant le siège et l'étendue du rétrécissement, elle est en général considérable lorsque la lésion occupe la trachée. Elle est continue, mais de temps en temps il y a des accès de suffocation souvent presque subits, pouvant être provoqués par une fluxion de la muqueuse ou par un bouchon de mucus adhérent qui vient diminuer plus ou moins la lumière du tuyau coarcté.

A la page 368 du précédent volume j'ai déjà recherché à quels signes on pourrait distinguer un rétrécissement de la trachée d'avec l'angine laryngée oedémateuse; en traitant plus tard de l'anévrysme de l'aorte et de la phthisie bronchique, nous verrons comment on pourra déterminer si la compression de la

trachée tient à une de ces causes. Les antécédents des sujets et l'étude des symptômes concomitants permettront enfin de déterminer les cas où le rétrécissement peut être une conséquence de la syphilis ou de la morve.

## DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE

**Causes. Anatomie pathologique.** — L'œsophage peut être rétréci par suite d'un développement incomplet, d'un arrêt de développement, mais ce rétrécissement congénital est peut-être le plus rare de tous. Presque toujours les rétrécissements de l'œsophage sont produits par l'induration, par l'augmentation d'épaisseur des parois de l'organe. Ces altérations sont quelquefois le résultat d'une inflammation, simple ou chronique: tels sont les rétrécissements qu'on voit survenir parfois chez les individus qui ont avalé des caustiques, des corps brûlants ou glacés, ou chez ceux qui ont conservé pendant plus ou moins longtemps dans l'œsophage quelque corps étranger, tel qu'un fragment d'os, une épingle, une arête de poisson, une pièce de monnaie, etc. Le rétrécissement résulte ici tantôt d'un épaissement des parois, tantôt de ce que les tissus ayant été plus ou moins profondément détruits, il en est résulté une cicatrice bridée rétractile comme tous les tissus inodulaires. M. Sédillot a aussi décrit des rétrécissements *atrophiques*, sans transformations morbides appréciables, mais les faits qu'on a publiés ne sont pas concluants. On a parlé aussi de rétrécissements par hypertrophie simple des membranes, surtout par hypertrophie de la tunique musculaire. Sans en nier la possibilité d'une manière absolue, on peut dire pourtant que c'est là une des espèces les plus rares. Il y a dans la science quelques faits qui pourraient, en outre, autoriser à penser que certains rétrécissements pourraient être l'effet d'une infection vénérienne, mais rien n'est encore bien démontré à cet égard. Dans la plupart des cas, les rétrécissements œsophagiens sont dus à la production, dans les parois de l'organe, d'un tissu hétéromorphe. Presque toujours c'est le squirre, et surtout l'encéphaloïde; les tubercules y sont presque inconnus, il en est de même des acéphalocystes, qui, à la rigueur, pourraient se développer dans la paroi de l'œsophage. Citons enfin seulement pour mémoire le cas où le calibre du conduit est rétréci par la compression qu'exerce une tumeur voisine, comme le corps thyroïde augmenté de volume, les ganglions tuberculeux, et surtout, ce qui est le plus commun, une dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte et de la portion pectorale descendante de ce vaisseau.

En général, on ne trouve qu'un seul rétrécissement: dans quelques cas rares, il en existe plusieurs à une certaine distance les uns des autres; cette disposition, d'ailleurs, ne se rencontre guère que lorsque la maladie a une origine inflammatoire. La coarctation, qui le plus souvent n'a que 1 ou 2 centimètres de longueur, s'étend quelquefois dans une étendue cinq ou six fois plus grande. Quant au degré du rétrécissement, il varie depuis la simple diminution du calibre de l'œsophage jusqu'à son entière oblitération.

La plupart des rétrécissements organiques de l'œsophage occupent la partie supérieure de ce conduit, puis le cardia, c'est-à-dire les points qui sont naturellement les moins larges; les parties intermédiaires sont beaucoup moins souvent affectées.

Chez les sujets qui succombent avec un rétrécissement de l'œsophage, on trouve la portion du conduit supérieure à l'obstacle plus ou moins dilatée,



tandis que la partie qui est au-dessous est revenue sur elle-même et comme rétractée. La dilatation peut être partielle et n'affecter que les points les plus voisins de l'obstacle, elle a alors la forme d'une poche; d'autres fois elle est générale et peut remonter jusqu'au pharynx. Les parties de l'œsophage qui sont ainsi dilatées ont ordinairement leur épaisseur, et s'il existe quelque changement, on les trouve plus souvent épaissies qu'amincies. Cet épaississement porte sur la muqueuse, qui est rouge, grenue, fongueuse, parfois érodée, ulcérée. Les fibres musculaires sont aussi hypertrophiées, car la nutrition a dû nécessairement s'accroître par suite des contractions énergiques auxquelles elles se livrent pour faire franchir l'obstacle aux aliments, ou pour les expulser au dehors lorsque ceux-ci s'accumulent au-dessus.

Ces dilatations consécutives au-dessus de l'obstacle sont presque toujours cylindriques, mais parfois elles sont sacciformes. L'œsophage est dilaté sur un seul côté; il représente alors une sorte de poche qui descend plus ou moins bas, et qui, en se remplissant d'aliments, peut, en comprimant un autre point de l'œsophage, occasionner un nouvel obstacle.

J'ai dit que la partie de l'œsophage située au-dessous du rétrécissement était communément plus rétrécie, mais sans changement de structure. D'après Cooper cependant, il ne serait pas rare d'y constater des ulcérations, ce qu'il attribue aux efforts de vomissements.

L'œsophage rétréci peut, par suite des progrès du travail ulcéral, communiquer avec la trachée, avec l'aorte, avec la plèvre, avec un abcès du poumon, avec le tissu cellulaire du cou ou des médiastins. On rencontre surtout ces communications dans le cours des rétrécissements cancéreux, et de ceux qui, produits par l'inflammation, sont déterminés par la présence d'un corps étranger. Dans ce dernier cas, la communication anormale s'établit souvent au moyen d'un abcès.

**Symptômes. Marche.** — Les individus atteints de rétrécissement de l'œsophage éprouvent de la gêne dans la déglutition des aliments solides. Le bol alimentaire, arrivé sur le point coarcté, s'y arrête pendant quelque temps; les malades ont alors une sensation pénible, et parfois une véritable douleur, qu'ils rapportent au cou, derrière le sternum ou le long du dos, suivant le siège de l'altération. Après des efforts de contraction plus ou moins prolongés, les aliments finissent par franchir l'obstacle. Si plusieurs rétrécissements existent à la suite les uns des autres, les malades ont la sensation que le bol alimentaire est arrêté plusieurs fois avant de tomber dans l'estomac. Ils cherchent alors à activer sa marche en ingérant de l'eau, et, si l'obstacle siège à la partie supérieure de l'œsophage, en exerçant de fortes pressions sur les parties latérales et inférieure du cou. La dysphagie augmentant, les liquides, quoique pris par petites cuillerées, finissent par être eux-mêmes difficilement avalés; quand ils franchissent l'obstacle, ils font souvent entendre une sorte de gargouillement particulier. Lorsque le rétrécissement est arrivé à ce degré, les aliments solides s'accumulent au-dessus du point malade, et sont ensuite rejetés, tantôt sans peine et par une sorte de régurgitation, d'autres fois par des efforts convulsifs du pharynx et de l'œsophage, avec un sentiment d'oppression extrême, et même de suffocation. Les aliments sont rejetés peu après leur ingestion, lorsque le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'œsophage; mais dans les cas où la coarctation est voisine du cardia, les substances alimentaires peuvent demeurer deux ou trois heures dans l'œsophage dilaté, et nonobstant un séjour aussi prolongé, on trouve, lorsqu'elles ont été vomies, qu'elles ont subi fort peu d'altération. Cependant il paraît que, dans quelques

cas, elles ont présenté un commencement de digestion, mais cela ne se remarque guère que dans une petite partie de la masse, et seulement dans ses couches les plus superficielles.

Dans l'intervalle des repas, lorsque l'œsophage est vide d'aliments, les malades sont en général tranquilles; la plupart ne souffrent pas ou souffrent peu; ils ont plutôt le sentiment d'une gêne que d'une douleur véritable: cependant, dans les cas de rétrécissement cancéreux surtout, il se fait dans les parties altérées une exhalation de mucosités filantes qui, après s'être accumulées en certaine quantité, sont rejetées ensuite avec des efforts souvent inouïs, et qui fatiguent beaucoup le patient.

Dans les rétrécissements de l'œsophage, les malades maigrissent promptement; le dépérissement est surtout rapide quand la coarctation est de nature cancéreuse, car alors, indépendamment du trouble qui résulte de la privation des aliments, il y a encore l'influence que la diathèse cancéreuse exerce sur la constitution.

**Complications. Terminaisons.** — Divers accidents peuvent se déclarer lorsque, par suite du progrès du travail ulcéral, une communication s'établit entre l'œsophage et les parties voisines. Ainsi, lorsque l'œsophage, la trachée, ou bien les bronches communiquent ensemble, la déglutition est suivie immédiatement de quintes de toux violentes et d'une oppression extrême; les malades meurent suffoqués par suite de la pénétration des aliments dans les voies aériennes. Si la perforation a lieu dans la plèvre, on voit se manifester tous les signes d'une pleurésie suraiguë, avec hydro-pneumothorax. Si la communication s'établit avec le poumon, le tissu de cet organe s'enflamme, et la phlegmasie détermine promptement la formation d'un abcès, ou bien le poumon se réduit en ce point en putrilage, en gangrène, comme je l'ai vu dans un cas que j'ai rapporté en 1833 dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il en est de même lorsque les liquides ingérés dans l'œsophage s'infiltrèrent dans le tissu cellulaire du cou ou du médiastin postérieur; il survient alors un abcès gangréneux promptement mortel. Enfin, la communication de l'œsophage avec l'aorte a pour résultat une hémorrhagie foudroyante. M. Vigla a étudié, dans les *Archives* de 1846, la plupart des communications morbides qui peuvent s'établir entre l'œsophage et les organes voisins.

La mort peut être produite par les diverses complications que je viens d'énumérer, et par d'autres encore, qui sont moins immédiatement liées que les précédentes à la maladie. Le plus ordinairement, pourtant, les individus succombent dans le marasme et par inanition.

**Diagnostic.** — La difficulté permanente de la déglutition au-dessous du pharynx ne laisse aucun doute sur l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage. Le cathétérisme de ce conduit permet de déterminer la profondeur à laquelle l'obstacle est situé, circonstance sur laquelle on pourrait être induit en erreur si l'on ne fondait son jugement que sur la sensation de certains malades qui, quoique atteints d'un rétrécissement de la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage, localisent néanmoins souvent la gêne qu'ils éprouvent, soit au cou, soit derrière la première pièce du sternum. L'exploration du cou ne devra jamais être négligée, car en repoussant la trachée à droite et en enfonçant les doigts dans l'intervalle compris entre cet organe et le bord interne du sterno-mastoïdien, on a pu saisir certaines indurations de la partie supérieure de l'œsophage. On devra en pareil cas faire exécuter au malade des mouvements de déglutition dans le but de raccourcir l'œsophage et de l'attirer vers le pharynx.



On jugera du degré de rétrécissement par la facilité avec laquelle la sonde pénètre, et surtout par le degré de la dysphagie.

Pour déterminer la nature de l'obstacle, il faut recourir aux commémoratifs et interroger les symptômes concomitants. Ainsi les signes de rétrécissement sont-ils survenus promptement après des symptômes d'œsophagite, chez des individus qui ont bu quelque liquide caustique, ou chez lesquels un corps étranger a séjourné dans l'œsophage, on devra rapporter le rétrécissement à une induration inflammatoire. Si, au contraire, la dysphagie est arrivée lentement, si elle s'accompagne d'un amaigrissement rapide, et si l'individu est déjà parvenu à la période moyenne de la vie, on soupçonnera fortement que le rétrécissement est de nature squirrheuse. Celui-ci, d'ailleurs, est sans contredit le plus commun de tous. Si l'individu porte un goître dur et volumineux, on pourra lui rapporter la dysphagie que le malade éprouve au niveau de la partie inférieure du cou. Si la difficulté de la déglutition existe chez des individus affectés depuis longtemps d'une affection grave du larynx et de la trachée, il sera naturel de rapporter à cette cause les troubles qu'on observe. La compression de l'œsophage par ces ganglions tuberculeux est une circonstance rare, mais qu'on pourrait soupçonner, si l'individu, jeune encore, offrait de nombreux engorgements strumeux qui, des parties latérales du cou, plongeraient dans la poitrine. Les signes d'un rétrécissement de l'œsophage dans la portion pectorale devront toujours porter à rechercher s'il n'existe pas quelque dilatation anévrysmale de l'aorte. Toutefois il importe de savoir que ces tumeurs déplacent souvent l'œsophage sans le comprimer. Mondière a même prouvé dans ses recherches insérées en 1831 dans les *Archives*, que, dans presque tous les cas d'anévrysme ouvert dans l'œsophage (ou 10 fois sur 12), il n'avait existé aucune gêne dans la déglutition; ce qui semblerait exclure toute idée de compression. La dysphagie produite par la compression d'un anévrysme offre ceci de remarquable, qu'elle est très-variable, qu'elle diminue ou cesse d'un moment à l'autre; ce qui s'explique par la mobilité de la tumeur et par son degré variable de distension. Cette intermittence, d'ailleurs, ne se remarque pas exclusivement dans les cas dont je parle; on peut l'observer aussi dans les rétrécissements organiques, du moins à leur première période.

**Pronostic.** — Il est inutile d'insister pour prouver combien le rétrécissement de l'œsophage est fâcheux; le plus ou moins de gravité du pronostic sera surtout déterminé par la nature de l'obstacle.

**Traitement.** — L'art a ordinairement peu d'empire contre les rétrécissements de l'œsophage; on peut pourtant espérer d'obtenir la résolution de ceux qui dépendent d'une phlegmasie chronique. On a recours pour cela aux révulsifs énergiques (cautères, moxas) appliqués le plus près possible des points coarctés; on administrera à l'intérieur les boissons alcalines, on donnera les iodures. Enfin, si par l'étude des antécédents et des symptômes concomitants on pouvait soupçonner une infection syphilitique, on devrait avant tout prescrire un traitement spécifique.

Presque tous les rétrécissements œsophagiens exigent en définitive l'intervention de moyens mécaniques, la dilatation et la cautérisation. La dilatation s'opère à l'aide d'instruments variés. On emploie le plus communément des sondes ou des bougies de gomme élastique garnies d'une éponge solidement fixée, qu'on laisse en place pendant quelques minutes, et dont on augmente progressivement le volume à mesure que le canal œsophagien s'agrandit. On a dit aussi d'ordre l'instrument d'une pommade résolutive ou astringente: tel serait, par exemple, un mélange de cérat et d'alun. Les sondes sont utiles,

non-seulement en dilatant l'obstacle, mais encore en excitant, par la compression qu'elles exercent sur lui, l'absorption interstitielle, et partant la résolution. Gendron (de Château-du-Loir) a publié en 1837, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, quelques faits qui prouvent l'utilité de la dilatation comme moyen curatif; chez deux malades le rétrécissement était certainement produit par quelque induration inflammatoire. M. Trousseau a parlé en 1846, à l'Académie de médecine, de quelques autres faits favorables à l'emploi de cette méthode. Cependant la dilatation ne peut réussir complètement que dans les rétrécissements produits par une induration inflammatoire. S'il y a eu cicatrice, et si c'est par le retrait de celle-ci que la coarctation s'est faite, on comprend très-bien que, comme on le voit si constamment pour l'urèthre, la guérison ne puisse guère être que temporaire.

Plusieurs auteurs ont conseillé de combiner la dilatation avec la cautérisation; cette pratique, qui a surtout été employée en Angleterre par des hommes éminents, tels que Ev. Home et Ch. Bell, paraît en effet avoir réussi plusieurs fois: cependant on ne saurait encore être bien fixé sur sa valeur; elle ne serait d'ailleurs applicable qu'aux rétrécissements par induration simple, à ceux qui ont quelque analogie avec les rétrécissements uréthraux. Mais hors ces cas, la cautérisation serait très-nuisible; elle le serait surtout dans les rétrécissements squirrheux. Avant de cautériser, on aura soin de déterminer la profondeur à laquelle le rétrécissement existe, puis de porter à son niveau, ainsi que le conseille Gendron (*Archives*, 1842), une sonde à extrémité olivaire dans laquelle on scelle solidement avec de la cire un crayon de nitrate d'argent. Ces cautérisations, légères d'abord, seront successivement plus ou moins fortes et plus ou moins nombreuses, suivant le degré de tolérance du malade et les effets obtenus. Il faut bien se garder de forcer l'obstacle après la cautérisation; mais on doit, comme toujours, user d'une dilatation douce et graduée. Dans l'emploi de ce moyen il faut une grande prudence et beaucoup de persévérance: c'est ainsi qu'à chaque séance on doit porter successivement des sondes ou des balaines armées d'éponges de grosseur différente, de manière à dilater peu à peu l'obstacle sans le forcer. C'est en combinant ainsi la dilatation et la cautérisation que Gendron a paru triompher d'un rétrécissement qu'on pouvait craindre être de nature squirrheuse; mais malheureusement il ne s'est pas écoulé assez de temps entre la fin du traitement et la publication de l'observation pour être certain que la guérison a été définitive.

Lorsque le rétrécissement œsophagien est infranchissable, on a conseillé l'incision du rétrécissement à l'aide d'instruments appropriés. Nous renvoyons pour le manuel opératoire aux livres de chirurgie, et particulièrement à l'excellente thèse de M. Follin (1).

Dans les rétrécissements squirrheux, il faut encore dilater l'obstacle; mais ici la dilatation n'est qu'un moyen palliatif: on devra dans tous les cas, mais ici plus spécialement, pratiquer le cathétérisme avec une précaution extrême, sans exercer aucune violence, aucun effort; car on a vu plusieurs fois l'extrémité de la sonde perforer les parois ramollies de l'œsophage et se fourvoyer dans le médiastin et jusque dans le tissu du poulmon.

## DES RÉTRÉCISSEMENTS DU TUBE INTESTINAL

**Causes.** — Le calibre de l'intestin grêle ou celui du gros intestin peut être diminué à différentes hauteurs et par des causes variées. Le rétrécissement

(1) *Rétrécissements de l'œsophage*, thèse d'agrégation, année 1853.



résulte quelquefois de la compression qu'exerce une tumeur extérieure : c'est ainsi que le rectum est souvent rétréci par des tumeurs développées dans le petit bassin ou par une déviation de l'utérus. D'autres fois la cavité est diminuée par l'accumulation des fèces endurcies, par la présence d'un corps étranger, tel que des calculs biliaires, intestinaux, ou par une production polypeuse ; enfin, plus fréquemment encore, le rétrécissement est organique, permanent, et résulte d'une modification survenue dans la structure de l'intestin. C'est ainsi que le rétrécissement est fréquemment produit par une dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse des parois intestinales, ou par une hypertrophie d'une ou de plusieurs des tuniques, ou par un engorgement simple provoqué et entretenu chez quelques malades par des hémorroïdes anciennes ou survenant chez des individus qui se prêtent à la sodomie, et qui, dans ces rapports honteux, ont eu leur rectum infecté par des chancres ou par un écoulement blennorrhagique ; d'autres fois les rétrécissements succèdent évidemment à quelque autre ulcération. On conçoit, en effet, que lorsque celles-ci sont très-étendues en profondeur et en surface, la guérison ne pouvant avoir lieu que par le rapprochement des parties, il doit en résulter, comme on le voit à la peau après de grandes pertes de substance, des cicatrices dures, rayonnées, saillantes, qui, comme tous les tissus inodulaires, ont beaucoup de tendance à se rétracter, et à diminuer encore d'autant la capacité intestinale ; celle-ci peut finir alors par permettre à peine l'introduction d'une plume à écrire. Certaines brides qu'on trouve dans l'intestin, et surtout dans le rectum, ont souvent l'origine dont je parle ; d'autres fois elles résultent d'une transformation fibreuse survenue spontanément par suite d'une perversion dans la nutrition, qui remonte quelquefois à une époque antérieure à la naissance : ce rétrécissement est dit alors *congénital*. Dans ces cas, on voit tantôt dans l'intestin une valvule saillante, une sorte de diaphragme incomplet, percé à son centre, ou sur un de ses côtés, d'un orifice plus ou moins étroit ; ailleurs on dirait que l'intestin a été fortement serré par une ligature. La constriction est produite alors par un anneau fibreux formé aux dépens d'une ou de plusieurs des tuniques intestinales. Nous avons rencontré plusieurs fois cette espèce de constriction sur des anses intestinales qui s'étaient échappées par des ouvertures herniaires, et qui avaient été comprimées par elles pendant de longues années.

Les rétrécissements sont plus ou moins considérables et varient depuis la simple diminution dans le calibre de l'intestin jusqu'à son oblitération presque complète. Les rétrécissements organiques sont généralement limités à un petit espace. Ils peuvent n'avoir que quelques millimètres d'étendue, rarement ils ont de 6 à 8 centimètres. Le plus souvent il n'existe qu'un seul rétrécissement ; quelquefois pourtant on en trouve plusieurs à la suite les uns des autres ; on en a compté jusqu'à onze ou douze ; l'intestin est alors noueux, inégal, et offre extérieurement la forme d'un roseau. Ces rétrécissements multiples succèdent ordinairement à des ulcérations.

Dans presque tous les cas de rétrécissement un peu considérable, on trouve une dilatation parfois énorme de la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle ; elle est produite par le séjour habituel et prolongé des matières solides, liquides et gazeuses. La muqueuse peut y être intacte ; ailleurs elle est altérée, enflammée, ulcérée ; c'est ce que M. Gosselin a constaté dans les rétrécissements d'origine vénérienne (1). Les parties situées au-dessous de la coarctation sont, par contre, moins amples que de coutume et sont revenues sur elles-mêmes.

(1) *Archives de médecine*, 1854, t. II.

Les rétrécissements se rencontrent inégalement sur toute la longueur du tube intestinal. Rares dans le jéjunum, ils sont d'autant plus communs qu'on se rapproche davantage de la terminaison de l'intestin ; le plus grand nombre occupent le rectum, où, d'après les recherches de MM. Bérard et Maslieurat-Lagémard (1), l'altération siège, dans les deux tiers des cas à peu près, dans un point accessible au doigt, et le plus souvent à 6 ou 9 centimètres de l'anus, résultat contraire à ce qu'enseignait Desault. Il paraît d'ailleurs que la hauteur à laquelle un rétrécissement se déclare dans le rectum varie suivant la nature de la cause : ainsi M. le professeur Gosselin établit que dans la plupart des cas, sinon dans tous, les coarctations d'origine syphilitique ne sont pas à plus de 5 à 6 centimètres au-dessus de l'anus, tandis que les rétrécissements qui ont une autre origine, ceux qui sont inflammatoires ou squirrheux, peuvent bien occuper la même position, mais ils peuvent aussi se former sur tous les points de la hauteur du rectum. Les femmes sont affectées de rétrécissement intestinal à peu près au même degré que les hommes. D'après M. Costallat, c'est vers la vingtième année que se montrent le plus souvent les premiers symptômes de l'affection ; cependant, dans les faits réunis par MM. Bérard et Maslieurat-Lagémard, ce serait beaucoup plus tard que la maladie se manifesterait dans l'un et l'autre sexe (de trente à quarante-cinq ans pour les femmes, de cinquante à soixante et dix pour les hommes).

**Symptômes. Marche.** — La forme des accidents varie suivant le point de l'intestin qui se trouve rétréci. Lorsque le rétrécissement est considérable et qu'il siège non loin de l'estomac, comme à la fin du duodénum ou au commencement du jéjunum, les malades sont tourmentés par des vomissements aqueux, alimentaires, par des rapports gazeux ; la région sus-ombilicale est développée, tendue, plus sonore que de coutume ; les digestions sont pénibles, les selles rares ; la nutrition est altérée ; les malades maigrissent beaucoup et rapidement. Si le rétrécissement occupe la fin de l'intestin grêle ou le gros intestin, les fonctions de l'estomac sont beaucoup moins troublées, les vomissements ont même lieu très-rarement ; mais l'abdomen est généralement tendu, météorisé ; les anses d'intestin se dessinent quelquefois à travers ses parois ; il existe une douleur locale, continue et plus ou moins vive, au niveau du point rétréci. Le palper ne fait rien distinguer, tandis que la percussion, qui donne un son clair dans la plus grande partie du ventre, fait entendre près du rétrécissement et au-dessus de lui un son obscur et mat, dû à l'accumulation dans ces points des matières solides et liquides. L'appétit est diminué, les digestions sont pénibles ; l'ingestion des aliments augmente la tension du ventre et excite des coliques ; les selles sont rares, difficiles ; quelques malades pourtant ont de la diarrhée par intervalles. Plus souvent il y a des alternatives de constipation et de dévoiement. Chez quelques-uns il survient de temps en temps, et après une constipation de plusieurs jours, des selles extrêmement copieuses avec émission de gaz. Le ventre alors s'affaisse, et les malades éprouvent un grand soulagement. Ces espèces de *débâcles* sont surtout fréquentes dans les coarctations du rectum.

Lorsque le rétrécissement siège dans cet intestin, il y a souvent du ténésme ; quelques malades, ayant la sensation d'un obstacle placé plus ou moins haut, enfoncent leur doigt dans le rectum pour le vaincre. Enfin, après des efforts souvent inouïs, ils n'expulsent qu'une petite quantité de fèces, qui sont tantôt cylindriques, tantôt aplaties et rubanées ; d'autres ont la ténuité de la ficelle

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1839.



ou du vermicelle fin, suivant la forme et les dimensions de l'orifice qu'elles traversent. Lorsque le rétrécissement est au-dessous de l'angle sacro-vertébral, le doigt indicateur introduit dans le rectum peut l'atteindre; s'il est placé plus haut, on pourra le découvrir en poussant jusqu'à lui une sonde œsophagienne, ou mieux encore une bougie à empreintes. Enfin, suivant la nature du rétrécissement, il pourra exister divers suintements par l'anus. C'est ainsi que dans le cancer ulcéré du rectum, la sanie s'écoule par les efforts de défécation et parfois tout à fait spontanément; c'est une suppuration plus ou moins abondante dans les rétrécissements d'origine vénérienne; le pus, dans ce cas, semble fourni par ces ulcérations qui, d'après M. Gosselin, existeraient toujours dans la partie dilatée située au-dessus de la coarctation.

Lorsque l'obstacle dépendant d'une cause accidentelle est enlevé, les matières intestinales reprennent leur cours, et tous les accidents cessent aussitôt. Mais la plupart des rétrécissements étant organiques, le calibre de l'intestin tend sans cesse à diminuer; il finit tôt ou tard par s'oblitérer: les malades succombent alors avec tous les accidents de l'iléus. (Voyez plus bas, *Oblitérations des intestins.*)

**Durée.** — La maladie a une durée très-variable et qui est subordonnée à la nature du rétrécissement. Si celui-ci est cancéreux, ses progrès sont incessants, et la mort arrive nécessairement après plusieurs mois, et au plus tard après quelques années. Si le rétrécissement est fibreux, il peut rester longtemps stationnaire; les malades sont seulement sujets à une constipation opiniâtre, mais la plupart peuvent parcourir une carrière assez longue; tel fut Talma, qui, affecté d'un rétrécissement fibreux congénital de la partie supérieure du rectum, vécut pourtant jusqu'à l'âge de soixante-deux ans.

**Diagnostic.** — Beaucoup de rétrécissements sont longtemps méconnus, parce que les malades continuent à aller à la selle; quelques-uns même ayant de la diarrhée, des coliques, des vomissements, et dépérissant de jour en jour, on pense qu'ils ont une gastro-entérite chronique; mais l'existence d'une tympanite habituelle, qui le plus souvent produit une distension considérable du ventre avec relief des anses intestinales, devra immédiatement donner la pensée qu'il y a quelque part un obstacle au cours des gaz; et comme le plus souvent cet obstacle siège dans le rectum, on devra s'assurer par le toucher de l'état de cet intestin. Si l'on ne trouve rien, on en conclura que le rétrécissement siège plus haut.

Le rétrécissement une fois reconnu et son siège déterminé, il importe encore d'être bien fixé sur sa nature; mais cette connaissance est souvent difficile: c'est ainsi que nous voyons tous les jours les hommes les plus expérimentés et les plus versés dans les observations cliniques et les recherches cadavériques, ne pouvoir se prononcer avec quelque assurance sur la nature d'un rétrécissement du rectum, que les uns regardent comme une simple inflammation chronique ou une dégénérescence fibreuse, tandis que d'autres lui attribuent une origine squirrheuse ou syphilitique. Il faut avouer, en effet, que les caractères distinctifs qu'on peut invoquer sont très-vagues. Ainsi on a dit que les tissus chroniquement enflammés sont durs, et que les moments de calme et d'exacerbation sont moins marqués que dans les indurations cancéreuses; mais la pratique journalière dément trop souvent ces assertions pour oser en faire un signe distinctif. On a dit aussi que les indurations vénériennes se distinguaient par un caractère d'indolence; mais la même chose a très-souvent lieu pour les indurations squirrheuses, et de plus, les premières ont ordinairement une résistance et une durée telles, qu'il nous paraît à peu près impossible, du

moins dans la plupart des cas, de les distinguer du squirrhe par le toucher, comme on ne peut le plus souvent différencier celui-ci d'une simple transformation fibreuse. Pour arriver, dans ces cas obscurs, à déterminer la véritable nature de l'affection, on doit interroger les antécédents des malades, et rechercher aussi les lésions concomitantes: ainsi les indurations qui accompagnent les suppurations et les fistules de la marge de l'anus se lient presque toujours à une simple inflammation chronique. Si l'individu porte des marques de syphilis constitutionnelle dans divers points du corps, s'il existe des végétations, des condylomes à la marge de l'anus, il est rationnel de rapporter l'induration du rectum à la même cause. Dans cette pensée, on administrera le traitement mercuriel, qui, dans la supposition d'un squirrhe ou d'une induration simplement chronique, ne peut avoir aucun inconvénient. Enfin, sauf quelques exceptions, les rétrécissements valvulaires ou ne consistant qu'en un anneau étroit (comme si une ligature serrait l'intestin) sont le résultat d'une dégénérescence fibreuse. Il est inutile de dire qu'on ne pourrait s'étayer de l'amaigrissement et des signes de cachexie pour croire plutôt à un rétrécissement squirrheux qu'à une dégénérescence fibreuse; car tous les rétrécissements un peu considérables du rectum s'accompagnent de troubles dans les fonctions digestives: tous ces individus maigrissent, pâlisent, jaunissent; de sorte qu'on ne peut se servir de ces troubles comme d'un élément pour un diagnostic différentiel.

**Pronostic.** — Le rétrécissement intestinal n'est pas une affection grave lorsqu'il est produit par des causes accidentelles qu'il est au pouvoir de l'art de détruire; il n'en est plus de même lorsqu'il est organique, car alors il tend sans cesse à s'accroître. Le rétrécissement squirrheux est le plus fâcheux; celui qui est situé à une grande hauteur est beaucoup plus grave que celui qui, occupant les trois quarts inférieurs du rectum, est facilement accessible aux moyens médicaux et chirurgicaux.

**Traitement.** — Le traitement doit varier suivant la nature du rétrécissement. Si celui-ci résulte uniquement de la compression qu'exerce sur l'intestin l'utérus dévié, il suffit de remettre l'organe en place pour voir cesser les accidents. Si la compression est exercée par un des viscères augmenté de volume, on cherchera à déplacer celui-ci en attendant qu'on puisse le ramener à son volume normal par des moyens appropriés.

L'art n'a à peu près aucune action sur les rétrécissements organiques qui siègent au-dessus du rectum; il est même déjà bien difficile de dilater les obstacles qui sont à 15 ou 18 centimètres de l'anus. On emploiera donc contre eux les alcalins en bains, en boissons, en pilules, en douches; on donnera les mercuriaux, les préparations iodées à l'intérieur et en frictions: mais presque jamais on ne voit ces remèdes réussir, ils n'ont guère d'autre avantage que d'occuper l'imagination des malades. Si, au contraire, le rétrécissement affecte le rectum, et s'il est assez considérable pour produire une grande gêne dans l'excrétion des fèces, on doit, quelle que soit d'ailleurs sa nature, essayer de le dilater. Parmi les nombreux moyens dilatants qu'on a conseillés, les plus convenables sont des mèches de linge dont on proportionne le volume au diamètre du rétrécissement, et qu'on grossit insensiblement. Pour en faciliter l'introduction, on les enduit d'un corps gras ou de toute autre pommade, suivant les indications spéciales qu'on a à remplir: ainsi, le rétrécissement est-il de nature syphilitique, ou dépend-il d'une phlegmasie chronique, on couvre la mèche d'une couche épaisse d'onguent mercuriel, mêlé ou non à une certaine proportion de cérat. D'autres préfèrent une pommade au calomel (axonge,



30 grammes; calomel, 4 grammes). Si les malades accusent des douleurs vives, on pourra ajouter à la pommade une petite quantité d'opium; et dans les cas où la mèche exciterait des contractions spasmodiques de l'intestin et ne pourrait être conservée, on mêlerait à la pommade un peu d'extrait de belladone (1 gramme pour 30 d'axonge). La dilatation est utile, non-seulement parce qu'elle agrandit l'orifice, mais encore par la compression qu'elle exerce sur les tissus indurés. La dilatation, d'ailleurs, ne peut être qu'un moyen palliatif dans les rétrécissements fibreux et squirrheux. Dans tous les cas, elle devra être graduelle et faite prudemment; on ne recourra jamais, comme le voulait Astl. Cooper, à une dilatation brusque et forcée, à moins de vouloir s'exposer à des déchirures. Les malades dont nous parlons devront prendre tous les jours un lavement pour entraîner les matières et les empêcher de séjourner au-dessus de l'obstacle; ils useront d'une alimentation douce, plutôt aqueuse que solide, si toutefois l'état de l'estomac ne s'y oppose pas. Lorsque le rétrécissement est de nature inflammatoire, on prescrira des bains; on fera de temps en temps des applications de sangsues à l'anus, ou, mieux encore, sur le sacrum; on promènera sur cette région quelques révulsifs. Si l'induration est tout à fait indolente, on pourra administrer avec précaution quelques douches ascendantes, alcalines, savonneuses. Si l'on soupçonne que le rétrécissement est de nature syphilitique, on prescrira les mercuriaux, les iodures, les sudorifiques, indépendamment des moyens dilatants; mais rarement on réussit pour les raisons exposées plus haut (page 177). Les purgatifs sont généralement nuisibles; si toutefois il y avait indication d'y recourir, on n'emploierait que les laxatifs.

Enfin, lorsque le rétrécissement augmente nonobstant les moyens qu'on lui oppose, et lorsque les malades éprouvent de temps en temps des accidents qui indiquent une occlusion, on devra décider, dans le cas où l'obstacle siège dans le rectum, s'il ne serait pas avantageux pour le malade d'établir un anus contre nature.

#### DE L'OCCLUSION DES INTESTINS

Lorsque l'intestin est oblitéré sur un point quelconque de son étendue, il survient ordinairement des douleurs vives dans le ventre, qui se tuméfie; les selles se suppriment; les gaz cessent d'être excrétés par l'anus; les malades éprouvent des hoquets, des nausées et des vomissements de matières d'abord alimentaires et aqueuses, puis bilieuses, et enfin stercorales.

C'est à l'ensemble de ces accidents que les auteurs ont donné les noms d'*iléus*, de *volvulus*, de *passion iliaque*, de *colique de miserere*.

Ces troubles peuvent être l'effet de causes organiques très-diverses, et l'on pourrait sans grand inconvénient les confondre dans une description commune. Cependant j'ai cru devoir encore consacrer deux articles spéciaux sous les titres d'*iléus* ou *étranglement interne*, et d'*invagination* ou *volvulus*.

#### De l'iléus, ou étranglement interne.

**Étiologie et anatomie pathologique.** — Les ouvertures cadavériques prouvent que les causes organiques de l'iléus sont nombreuses, et qu'elles siègent tantôt au dehors des intestins, tantôt dans leurs parois, tantôt enfin dans leur cavité.

On a vu des anses intestinales être comprimées, étranglées, par une bride

fibreuse accidentellement développée dans le péritoine, ou bien par l'appendice cæcal, par un diverticule de l'intestin ou par une frange épiploïque qui, contractant des adhérences par leur extrémité libre, forment alors dans le ventre une sorte de cordon tendu, circonscrivant un demi-anneau dans lequel l'intestin peut s'engager et s'étrangler. Il n'y a pas toujours dans ce cas une constriction énergique, c'est parfois un simple aplatissement des tuniques, et en voyant les parties après la mort, on ne comprend guère que l'intestin ne se soit pas dégagé. Dans quelques autres circonstances, c'est en se contournant tout autour d'une des brides dont je parle que l'anse intestinale s'étrangle (Manoury, Esquirol); ailleurs c'est l'appendice cæcal ou un diverticule qui s'enlace autour de l'intestin et y adhère, ou qui le serre par une sorte de nœud, comme M. Michel Lévy en a cité un exemple remarquable dans la *Gazette médicale* de 1845. On parle aussi de cas où une anse intestinale, s'étant engagée à travers une éraillure du diaphragme ou dans l'hiatus de Winslow, ou dans une ouverture insolite de l'épiploon ou du mésentère, s'étrangle de la même manière qu'en passant à travers un des anneaux herniaires. L'occlusion des intestins peut aussi être produite par la compression exercée par une tumeur extérieure: c'est ainsi qu'on lit dans l'*Anatomie* de M. Pétrequin, dans la *Gazette médicale* (1) et dans le journal *l'Union* (2), l'histoire d'un individu succombant à un iléus produit par le déplacement de la rate, qui, augmentée de volume, tombait dans la partie inférieure de l'abdomen, et venait comprimer et oblitérer le gros ou le petit intestin. Mais de toutes les causes d'iléus, la plus rare peut-être est celle qui consiste dans un mouvement de rotation de la masse intestinale, ce qui fait éprouver à certaines anses une torsion telle, que leur cavité est nécessairement rétrécie ou même entièrement oblitérée. C'est une forme qui a été surtout étudiée par le professeur Rokitansky (de Vienne), sous le nom d'*étranglement rotatoire*.

Les causes organiques qui siègent dans les parois sont l'imperforation congénitale de l'anus, l'absence du rectum, les dégénérescences squirrheuses ou cancéreuses de l'intestin, la production d'un kyste hydatique entre les tuniques (Laënnec), causes qui finissent par faire disparaître tout à fait la cavité intestinale. Nous pouvons citer encore les rétrécissements par suite de cicatrice. Presque jamais l'oblitération n'est produite par la cicatrice seule, mais ordinairement l'intestin étant considérablement rétréci en un ou plusieurs points, ce sont le plus souvent des corps étrangers qui s'accumulent au-dessus de l'obstacle qu'ils ne peuvent franchir. Cette forme d'iléus est en quelque sorte spéciale à l'intestin grêle.

Les causes de l'iléus qui siègent dans la cavité même de l'intestin sont, outre l'invagination que nous devons étudier en particulier, l'accumulation de fèces endurcies, ou de corps étrangers, comme des calculs biliaires, ou bien des concrétions intestinales, ou des noyaux de fruits et même des vers intestinaux, ainsi que mon regrettable ami, le professeur Requin, en cite un exemple dans sa *Pathologie*; enfin des polypes qui, rarement il est vrai, sont assez volumineux pour pouvoir obstruer un intestin sain; il n'en est pas de même si celui-ci était déjà rétréci par une autre cause. Le polype, poussé par les contractions péristaltiques, peut en outre, en entraînant avec lui les tuniques intestinales, produire aisément une invagination.

Chez les sujets qui succombent à l'iléus, on trouve, indépendamment d'une

(1) *Gazette médicale* de 1843, 1846 et 1847.

(2) Année 1847.