

fait que cette cause n'est pas appréciée ce qu'elle devrait être.

Une cause bien plus puissante et sur laquelle on a élevé et on élève encore des doutes, et à tort, selon nous, c'est la syphilis. M. Tanchou tranche la question et avec bien peu de fondement, comme il le fait, du reste, pour beaucoup d'autres, par la négative. M. Costallat semble y ajouter foi, disant cependant que le traitement mercuriel augmente la maladie. Deux de nos observations le feront, nous l'espérons, revenir de son erreur, et lui montreront ou que les siennes n'ont pas été exactes, ou que les malades ont subi des traitements peu méthodiques. D'après notre statistique, qui ne peut qu'être très-utile, employée de la sorte, nous voyons 14 rétrécissements développés chez des individus qui étaient sous l'influence d'une affection syphilitique; 9 revêtent des caractères propres à les faire distinguer. On ne comprend pas que, d'après de tels relevés, on ne partage pas la manière de voir de Morgagni, Desault, J.-L. Petit, etc., qui, assurément, savaient observer. Enfin disons, pour terminer ce qui a trait à ce sujet, que le plus souvent ces rétrécissements surviennent sans qu'il nous soit donné de pouvoir saisir la cause qui a présidé à leur apparition.

Symptômes.

On peut distinguer parmi les symptômes qui annoncent cette maladie, et qui peuvent la faire reconnaître ceux qui portent leur action sur l'économie tout entière et ceux qui sont seulement bornés au voisinage de la partie malade; ils varieront et ils accroîtront en intensité à mesure que le mal fera des progrès. Au début, le plus souvent, il y a une constipation opiniâtre, à moins que l'abus des purgatifs que nous avons indiqué au nombre des causes, n'entretienne un état de diarrhée permanente. Le ventre devient tendu, douloureux; il existe un malaise général, qui rend le malade inquiet, de mauvaise humeur et cela sans qu'il se doute encore du mal dont il est atteint. Il survient peu à peu, à mesure que la gêne augmente, des nausées, des hoquets, quelques régurgitations, qui ont souvent une odeur de matières stercorales. L'appétit se perd, la langue devient blanchâtre, saburrale. Les digestions sont difficiles et le malade maigrit, sans qu'il y ait un changement notable dans la circulation; le pouls devient petit, mou, concentré, offrant de loin en loin quelques intermittences, comme dans les affections abdominales; la peau est sèche, terreuse et prend peu à peu une teinte jaunâtre, commune à la plupart des affections organiques. Souvent il existe une gêne considérable dans l'émission de l'urine; la douleur, qui au début n'était que passagère, devient presque continuelle, surtout lorsque le besoin de la défécation se fait sentir, et ce besoin arrive souvent. Le malade éprouve des horripilations, des épreintes, des pesanteurs sur le fondement, et, au lieu de matières stercorales, il ne rend plus à la fin qu'une sanie fétide et purulente. Tous ces accidents s'accroissent dans un temps qui varie, et finissent souvent par entraîner la mort.

A ces symptômes généraux se joignent le plus souvent tout le cortège des accidents, qui accompagnent une gêne au libre cours des matières stercorales,

tels que les douleurs locales, les épreintes, les efforts que le malade est obligé de faire et surtout sans résultat. Un écoulement de sang, semblable au flux hémorrhoidal, survient dans d'autres circonstances. Peu à peu, et c'est un symptôme constant, à mesure que le rétrécissement fait des progrès, le volume des matières fécales devient de moins en moins considérable; elles prennent une forme rubannée, et paraissent être passées comme à la filière. C'est un symptôme précieux pour arriver au diagnostic de cette affection.

A tout cela, il faut ajouter l'état local de la partie malade, et c'est le toucher qui le fait connaître, lorsque toutefois le siège ne dépasse pas trois pouces ou trois pouces et demi, qui sont les limites auxquelles peut parvenir le doigt indicateur. On peut bien, à l'aide de bougies, reconnaître un rétrécissement, mais alors on n'a ni sa forme, ni sa structure, ni son étendue, etc., circonstances importantes, comme on va le voir, pour arriver à la connaissance de la nature de la maladie.

On trouve l'intestin rétréci par des productions de diverses natures et de formes variables, qui sont d'une haute importance lorsqu'il s'agit de décider le choix des moyens thérapeutiques qui conviennent dans tel ou tel cas. Tantôt on rencontre dans l'épaisseur des tuniques intestinales des tumeurs plus ou moins considérables, en nombre variable; quelquefois dures, rénitentes, squirrheuses, recouvertes encore par la membrane muqueuse; d'autres fois, à surface fongueuse, ulcérée, passées à l'état de ramollissement; acquérant, dans quelques cas, un volume assez considérable pour remonter dans l'intestin ou faire saillie au-dehors par l'ouverture anale; tantôt de prime abord apparaît le cancer encéphaloïde. La première variété de ce rétrécissement est la plus commune et a été notée quinze fois dans nos observations.

Il arrive que les parties ont subi parfois une telle perversion dans la nutrition, qu'elles ont été transformées en phosphate calcaire, comme dans le cas que rapporte Ruysch, au point, ajoute-t-il, qu'il fallut un ciseau et un maillet pour détacher le rectum de la face antérieure du sacrum. La transformation n'a pas toujours été aussi complète que dans ce cas: chez deux individus, les parties avaient seulement subi la transformation cartilagineuse.

Chez neuf autres, de véritables cloisons, placées en travers, occupaient cinq fois toute la circonférence, et leur partie centrale était percée d'une ouverture plus ou moins complète; dans les quatre autres, ce n'était qu'une bride, qu'un véritable croisement, qui variait en étendue. Cinq des neuf cas qui offraient cette disposition cloisonnée étaient compliqués d'affection syphilitique.

Enfin, la dernière variété forme une série de neuf observations, qui nous montrent des rétrécissements dus à l'agglomération d'une foule de tubercules de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, un peu plus ou un peu moins; en général, ils varient peu. Ces tubercules sont durs, lisses, indolents à la pression et donnant sur la pulpe du doigt la même sensation que les condylomes syphilitiques qui apparaissent à la marge de l'an us et qui les accompagnent souvent. S'ils offrent la même sensation et la même appa-

rence extérieure, c'est que très-souvent aussi ils sont de la même nature. Tous les malades qui ont présenté cette disposition avaient été ou étaient encore sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, de sorte qu'un rétrécissement occasionné par ces tubercules est presque constamment de nature syphilitique, s'il ne faut pas dire toujours, si nous en jugeons au moins par les observations précitées. Il faut ranger dans la même catégorie une bonne partie de ceux qui présentent la disposition valvulaire que nous avons signalée plus haut. Il n'est guère possible, d'après ces données, de ne pas admettre de rétrécissements syphilitiques, surtout lorsqu'ils disparaissent sous l'influence du traitement mercuriel, comme deux des malades soumises à notre observation, et surtout la suivante, nous en ont offert de remarquables exemples.

Rétrécissement tuberculeux du rectum; syphilis constitutionnelle; traitement anti-syphilitique; guérison.

Obs. I.—Le 22 mai 1857, la nommée Aubin (Marie), âgée de 28 ans, est entrée à l'hôpital des cliniques, et a été couchée au n° 3 de la salle des femmes. Elle est brune, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Elle assure que dans sa famille il n'y a jamais eu d'affection carcinomateuse ou autre.

Elle a eu une première affection syphilitique, il y a huit ans à peu près; elle consistait en écoulement, chancres, et quelques végétations qui sont survenues consécutivement. Elle est restée six semaines à l'hôpital des vénériens, d'où elle est sortie, ne conservant, à ce qu'elle assure, aucuns symptômes de cette maladie. Deux ans après, pour une cause semblable, elle fit un séjour de trois semaines dans le même hôpital, pendant lequel on lui excisa plusieurs végétations au pourtour de l'an us. Elle en sortit sans avoir fait un traitement complet et sans une entière guérison. Peu de temps après, elle devint enceinte, et il lui survint des tumeurs hémorrhoidales.

Il y a environ dix-huit mois que, sans cause connue, à part sa syphilis, cette femme a commencé à éprouver quelques douleurs dans le rectum, surtout lorsqu'elle allait à la garde-robe. Peu à peu elles ont accru d'intensité, et ont quelquefois été lancinantes. Le ventre a été tendu, douloureux; elle passait souvent d'une constipation opiniâtre à un dévoiement qui durait plusieurs semaines. Elle a rendu quelques mucosités, qui, avec la marche de la maladie, sont devenues purulentes; il s'y est joint des écoulements sanguins: elle assure que le diamètre du rectum est devenu de plus en plus étroit, et que maintenant les matières sont rubannées et comme passées à la filière, ce que, du reste, nous avons pu vérifier.

Au pourtour de l'an us, il existe aujourd'hui des tumeurs de deux ordres bien différents: les unes sont molles, ridées, flétries, un peu violacées, et sont dues manifestement à des hémorrhoides; les autres sont dures, comme fibreuses; leur surface est blanchâtre, luisante; elles sont indolores, pédiculées, et elles appartiennent à l'affection syphilitique.

Le doigt, introduit dans le rectum, trouve en ar-

rière et à un pouce et demi à peu près au-dessus de son ouverture, une bride en forme de croissant, qui occupe à peine la moitié de la circonférence interne de l'intestin. En avant, sur la cloison recto-vaginale, et dans une étendue beaucoup plus considérable, existent une foule de tubercules tout à fait semblables à ceux qu'on rencontre au pourtour de l'ouverture anale: quelques-uns sont ulcérés, et paraissent être de nature syphilitique. Au niveau de toute la surface occupée par les tubercules, et surtout à la partie correspondante à la bride, existe un rétrécissement considérable, et qui permet à peine l'introduction de l'extrémité du doigt indicateur. Il est moins prononcé au-dessous et au-dessus de cette espèce de demi-cloison. Toute la cavité intestinale est douloureuse, lancinante; les douleurs y sont parfois plus prononcées la nuit que le jour; très-souvent, elle a de la diarrhée, et rend en assez grande quantité des mucosités d'un mélange de pus et de sang.

Cette femme a maigri depuis le début de son mal. Son moral surtout est vivement affecté. (On lui prescrivit pour tisane une infusion de bourrache, un lavement chloruré. On introduit dans le rectum une mèche aussi grosse que peut l'admettre le calibre de l'intestin, on l'enduit avec un mélange de

Cérot.	1 once.
Onguent napolitain.	1 once.
Extrait de belladone.	2 gros.

On lui fait prendre chaque jour une pilule anti-syphilitique de Dupuytren. On lui accorde le quart d'aliments.)

Jusqu'au 9 juin, elle a supporté ce traitement, sans aucun accident, sans salivation; l'onguent mercuriel, loin d'exaspérer les douleurs, les a calmées en grande partie. Le rétrécissement a sensiblement diminué: on peut introduire les mèches beaucoup plus grosses, et la bride fait moins de saillie. Les mucosités s'écoulent en moins grande abondance. A cette époque, elle a été prise de quelques coliques et d'une diarrhée très-abondante qui a nécessité la suspension des mèches et du traitement général. Ces accidents ont cédé à des lavements et à quelques potions opiacées, des boissons adoucissantes et un régime plus sévère. Vers le 18 du même mois, tout a été calmé, et elle a pu reprendre son traitement.

Le 23, les mèches étant toujours enduites du mélange des mêmes substances, elle a éprouvé quelques vertiges, des étourdissements; les pupilles sont devenues extrêmement dilatées; elle a eu tous les symptômes d'un léger narcotisme dû sans doute à l'absorption de l'extrait de belladone.

A part ce léger accident, rien n'est venu enrayer la marche de la guérison. Elle a continué son traitement anti-vénérien, l'usage des mèches qu'on a pu introduire de plus en plus grosses; peu à peu, tous les accidents généraux se sont calmés: les douleurs, l'écoulement sanieux ont disparu; la bride s'est graduellement rétrécie, au point de disparaître, et les tubercules de la cloison recto-vaginale ont suivi la même marche pour se dissiper d'une manière complète.

Le 23 août, cette femme a pu quitter l'hôpital

parfaitement bien guérie, le rectum ayant repris son diamètre primitif.

Diagnostic.

Selon que le rétrécissement aura son siège à l'extrémité inférieure ou supérieure du rectum, le diagnostic sera plus ou moins facile à établir d'une manière positive. Toutes les fois que l'obstacle se trouvera hors de la portée du doigt, on sera dans la nécessité de s'en tenir aux accidents généraux, à la forme des matières excrétées, et à l'exploration avec des bougies à empreinte ou des sondes. Ce moyen, dans la plupart des cas, sera le plus sûr et le plus fidèle, tant pour reconnaître la hauteur du rétrécissement, que son degré d'étroitesse; mais alors on n'aura aucune donnée sur la nature de la maladie, sa forme, et le siège qu'elle affecte.

Le diagnostic, dans cette affection, ne consiste pas seulement à s'assurer de l'existence d'un point rétréci du diamètre intestinal, il faut encore que par des caractères particuliers on arrive à la connaissance de sa nature, afin de lui opposer un traitement convenable.

Lorsque le point rétréci est, comme nous le disions, situé hors de la portée du doigt, on ne peut alors savoir s'il dépend d'une tumeur voisine, de quelque nature qu'elle soit, s'il n'y a qu'une simple bride, s'il est encore à l'état squirreux, et c'est ce qui arrive le plus souvent, ou s'il est dégénéré et passé à l'état encéphaloïde. Non-seulement on ignore le plus souvent tout ce que nous venons d'énumérer; mais on peut encore ne pas reconnaître le rétrécissement lui-même, à moins qu'il n'y ait oblitération complète, ou que les sondes ne soient d'un volume trop considérable; elles peuvent sur-le-champ rencontrer l'ouverture du point rétréci et y pénétrer facilement; elles peuvent ne pas parvenir jusqu'à l'endroit malade, et c'est sans doute ce qui est arrivé à la seule observation qu'on possède sur une oblitération complète et qui a été méconnue: c'est celle de Talma.

Les matières rubannées, aplaties, sont un symptôme d'une grande valeur lorsqu'il existe; mais assez souvent, à une période avancée de la maladie, il devient tout à fait nul, par une diarrhée presque continue qu'ont à cette époque la plupart des malades.

Si le mal a son siège à l'extrémité inférieure, son diagnostic et celui de sa nature deviendront beaucoup plus faciles par l'exploration qu'on pourra faire directement par le toucher, et souvent par la vue, au moyen du *speculum ani*, qui, en général, et pour le dire en passant, est un assez mauvais instrument. Disons cependant qu'on a pu quelquefois prendre pour un rétrécissement quelque tumeur développée au voisinage de l'intestin; aussi, ne saurait-on apporter trop de soin à l'exploration à laquelle on se livre. Il faut autant que possible reconnaître avec soin l'état des tuniques intestinales. Sonder le malade, si c'est un homme; toucher par le vagin, si c'est une femme, et constater qu'il n'existe aucune production accidentelle qui puisse développer les accidents auxquels le malade est en proie.

Il faudra chercher à franchir le rétrécissement;

bien examiner avec la pulpe du doigt si les parois de l'intestin ne seraient pas appliquées l'une contre l'autre par une pression extérieure; ne pas confondre, comme on l'a fait quelquefois, la contraction spasmodique des sphincters, occasionnée par une fissure à l'anūs, avec un rétrécissement organique de cet intestin.

Lorsque les tumeurs hémorrhoidales internes oblitérent sensiblement l'extrémité inférieure du rectum, on les reconnaît aux antécédents, à leur forme lisse, résistante, et disparaissant en partie en se vidant du sang qu'elles contiennent en les comprimant méthodiquement avec la pulpe du doigt. Si les parois de l'intestin sont dures, épaisses, engorgées; s'il y a quelques points saillants, résistants, sans fluctuation, et avec quelques douleurs lancinantes, il y a de grandes probabilités pour faire présumer que la maladie est due à une affection carcinomateuse, qu'il est facile de reconnaître, lorsqu'elle est dégénérée, ou qu'il existe de larges ulcérations.

Les brides ou cloisons que nous avons signalées ne sont-elles autre chose qu'une production accidentelle, une végétation syphilitique; ou sont-elles dues à une hypertrophie de quelques replis de la muqueuse intestinale? Le plus souvent elles sont de nature vénérienne, et les tubercules granuleux qui produisent les rétrécissements du rectum ne reconnaissent pour cause unique que cette même affection. Chez la malade dont nous avons rapporté l'observation, il existait à la fois une bride et une foule de granulations: cette coïncidence des deux variétés réunies sur le même individu semblerait prouver encore qu'elles sont de même nature.

Pronostic et terminaison.

De même que nous avons établi des variétés de la maladie selon les causes qui la produisaient, de même aussi son issue doit-elle être différente en raison de sa nature; disons cependant en thèse générale, qu'elle est grave, tant par elle-même que par les accidents consécutifs auxquels elle donne lieu: et ce qui augmente cette gravité, c'est que, lorsque les malades réclament les secours de l'art, elle a fait des progrès tels que le plus souvent il n'est plus possible d'y remédier.

Lorsqu'elle est de nature carcinomateuse et à plus forte raison encéphaloïde, elle est presque constamment mortelle, ou si elle disparaît, dans la plupart des cas, ce ne sera que momentanément. La gravité augmentera à mesure qu'elle atteindra une partie plus élevée de l'intestin, et les chances de guérison seront d'autant plus certaines qu'étant de nature spécifique, en se rendant maître de la cause première, on combattra l'effet qu'elle aura produit.

Tantôt on ne peut arrêter les progrès du mal qui entraîne bientôt le malade à la mort, soit en portant une influence fâcheuse sur l'économie entière, soit en produisant sur les parties voisines des désordres, tels qu'ils conduisent au même résultat, comme l'oblitération complète de l'intestin, la rupture de ses parois et l'épanchement de matières stercorales dans le ventre, etc., tantôt il détermine consécutivement des accidents graves par eux-mêmes, soit par leur nature; tel que des abcès profonds dans la région

fessière ou l'excavation du bassin, soit en donnant lieu à des infirmités dégoûtantes et souvent dangereuses, telles que des fistules à l'anūs, recto-vaginales, recto-vésicales chez l'homme.

Le relevé des observations que nous avons pu recueillir vient à l'appui de ce que nous avançons ici; en effet, sur un total de 45 malades affectés de rétrécissement, 26 ont succombé, 11 n'ont pu supporter le traitement auquel ils ont été soumis, et 4 seulement ont été signalés comme en ayant retiré quelque amélioration; il reste 6 cas de guérison; 1 seul des malades a été vu sept ans après, et le mal n'avait pas récidivé; il n'est rien dit des trois autres. La guérison de deux de nos malades est encore trop récente pour assurer aujourd'hui que le mal ne reparaitra pas.

Traitement.

Après avoir étudié la maladie dans ses causes, sa marche et ses terminaisons, pouvant juger de toute la gravité qu'elle présente, il nous reste, pour terminer cette histoire, à indiquer les moyens qui ont été mis en usage, soit pour obtenir une guérison durable, ce qui est le plus rare, comme nous l'avons vu, soit au moins pour procurer aux malades quelque soulagement à leurs souffrances et leur faire supporter avec moins de dégoût un mal qui plus tard doit les conduire au tombeau.

Que le rétrécissement du rectum soit susceptible d'une guérison durable; que, par sa gravité, il ne réclame au contraire qu'un traitement palliatif qui puisse soulager momentanément les souffrances du malade, les moyens thérapeutiques à mettre en usage dans l'un et l'autre cas sont à peu près les mêmes: il n'y a que de légères modifications que nous aurons soin d'indiquer. Ces moyens tantôt simples, tantôt combinés entre eux, tantôt n'agissant que localement, tantôt au contraire ayant une action spécifique sur l'économie animale tout entière, varieront selon la nature, la cause et les symptômes de la maladie.

Que le mal ait fait des progrès, qu'il soit au contraire à sa première période, il est certaines règles hygiéniques dont il ne faut jamais s'écarter; ainsi un régime doux, végétal, lacté, est ce qui peut convenir le mieux, soit pour combattre l'inflammation lorsqu'elle existe, soit pour la prévenir. Les excès dans tous les genres et surtout les excès vénériens doivent être soigneusement évités. Un exercice modéré soit à pied soit à cheval est on ne peut plus utile, tant par la distraction qu'il procure au malade que par la liberté régulière du ventre qu'il peut entretenir. En effet, lorsqu'il existe une constipation opiniâtre, il faut autant que possible la faire disparaître, et on y parvient en mettant en pratique les préceptes que nous venons de tracer, et en y ajoutant de loin en loin quelques lavements émoullissants qu'il ne faut pas trop souvent répéter, afin d'éviter que plus tard l'intestin ne venant à s'habituer à leur action, ils ne restent sans résultat. Si cette constipation est le plus souvent nuisible en irritant l'intestin et tendant à augmenter le rétrécissement, un état opposé, une diarrhée permanente, présente les mêmes inconvénients, et comme la première, il faut la pré-

venir par les soins et le régime que nous avons tracé; ou la combattre en calmant l'irritation par la diète, le repos, quelques applications de sangsues, les opiacés pris à l'intérieur et administrés localement au moyen de quarts de lavement.

Ces moyens qui paraissent simples au premier abord ne sont pas toujours également faciles à appliquer: ainsi, par exemple, il arrive souvent que les lavements qui sont avec le régime un des moyens palliatifs les plus puissants, lorsque la maladie est dégénérée, ne peuvent passer à travers le point rétréci et restent sans pouvoir vider l'intestin qui se remplit outre mesure; il faut alors, et ceci est de la plus haute importance, faire franchir le rétrécissement à une longue canule de gomme élastique, au moyen de laquelle le liquide sera introduit et produira l'effet qu'on en attend; on pourra souvent, si sa présence n'est pas par trop douloureuse, la laisser quelque temps en place, et elle facilitera l'évacuation des gaz ou de quelques matières liquides et en même temps dilatera le point rétréci; c'est par ce moyen aidé plus tard de quelques mèches qu'on a pu agrandir peu à peu le diamètre du lieu rétréci, donner issue à l'accumulation des matières stercorales, et procurer, au moins pour quelque temps, une existence supportable à la femme qui fait le sujet de l'observation suivante.

Rétrécissement carcinomateux du rectum; dilatation par les bougies et les mèches; amélioration dans l'état de la malade.

Obs. II.—Le 2 juin 1837 est entrée à l'hôpital des cliniques et a été couchée au n° 11 de la salle des femmes la nommée Marie Cabotin, âgée de 46 ans, porteuse, et demeurant rue Saint-Victor, 99. Elle est grande, blonde, d'un tempérament lymphatique et jouissant habituellement d'une bonne santé; elle est encore et a toujours été bien réglée; elle n'a eu aucune affection dartreuse, rhumatismale ou syphilitique; pas d'hémorrhoides, ni, dans sa jeunesse, de ganglions sous-maxillaires engorgés. De tous les antécédents de cette femme, le plus fâcheux est un cancer de la mamelle qui a été la cause de la mort de sa nièce.

Il y a dix ans environ qu'elle a été sujette à des épreintes, des coliques assez vives, à des envies plus fréquentes d'aller à la garde-robe, à une diarrhée alternant souvent avec de la constipation; elle a fait peu d'attention à cet état, si ce n'est vers le mois de février 1836 où ces accidents ont pris un caractère plus sérieux. A cette époque en effet les garde-robes sont devenues de plus en plus difficiles, surtout lorsqu'il y avait de la constipation: la malade était obligée de faire de très-violents efforts pour expulser les matières stercorales qui sortaient aplaties, rubannées, comme si elles avaient passé par une filière. Bientôt il s'est écoulé quelques mucosités qui sont devenues puriformes et sanguinolentes: les coliques, les épreintes ont augmenté, de même que le volume du ventre qui a pris de la tension et du météorisme. Il lui semblait quelquefois qu'une espèce de tumeur descendait du rectum et l'oblitérait d'une manière plus ou moins complète, en formant une espèce de bouchon.

Elle assure qu'à part les pesanteurs, les espèces de contractions spasmodiques, elle n'a jamais senti de picotements, ni aucune douleur lancinante; c'est la gêne seule qu'elle éprouvait à satisfaire ses besoins qui l'en a fait apercevoir au début.

Aujourd'hui cette femme a un amaigrissement assez considérable qui date de sept ou huit mois: sa physionomie exprime l'anxiété et la souffrance; la peau a une teinte jaune paille assez prononcée; ses plus grandes douleurs sont du côté du rectum et occasionnées surtout par les envies fréquentes et les épreintes qu'elle éprouve: le ventre n'est pas ballonné; il n'a pas un volume trop considérable; les coliques sont moins vives maintenant qu'elles n'ont déjà été; il n'y a pas de hoquets ni de vomiturition; la gêne pour aller à la garde-robe augmente de plus en plus et nécessite ces efforts qui sont une des douleurs les plus grandes qu'ait à supporter la malade.

Le doigt introduit dans le rectum rencontre à une hauteur d'un pouce et demi ou deux pouces des tubercules durs, calleux, dont quelques-uns ont le volume d'une noix ordinaire: ils occupent une étendue qu'on ne peut limiter avec le doigt, et embrassent presque toute la circonférence du rectum; ils en ferment le diamètre d'une manière presque complète. Ils laissent entre eux une ouverture si petite que c'est à peine si on peut parvenir au centre de cette masse, et l'extrémité du doigt ne peut la dépasser. Ils sont tellement accolés les uns aux autres qu'ils sont un obstacle aux lavements qui ne peuvent dépasser le point rétréci.

Cette femme, qui du reste jouit d'une bonne santé, n'a employé aucun traitement, et a continué à porter de lourds fardeaux depuis le début de sa maladie.

Reconnaissant une affection carcinomateuse très-avancée, on a dû n'employer qu'un traitement palliatif; et pour cela on prescrit des mèches introduites dans la partie rétrécie du rectum, afin d'obtenir une dilatation aussi grande que possible, et procurer par là une issue plus libre et plus facile aux matières stercorales. On est obligé de faire glisser les mèches sur la pulpe du doigt, avec lequel on cherche préalablement l'ouverture intestinale; il les faut au début d'un diamètre excessivement étroit; elles peuvent cependant pendant quelques jours être supportées par la malade.

Le 28 juin, l'ouverture centrale est déjà plus grande et on peut introduire une assez grosse sonde conique de gomme élastique, par laquelle on peut donner plusieurs lavements qui procurent des selles liquides abondantes; l'évacuation des gaz est un grand soulagement pour la malade. A la place des mèches, on substitue ces sondes dont on augmente le calibre à mesure que le point rétréci acquiert un plus grand diamètre.

Soit que la pression qu'elles exercent sur les callosités soit trop forte, soit qu'elles dilatent trop les sphincters, on est dans la nécessité d'en suspendre l'usage. Le sixième jour, la malade ne pouvant les supporter, on reprend alors les mèches, qu'on peut introduire facilement avec le porte-mèche seul, et beaucoup plus grosses qu'au début. Elles produisent bientôt la même sensation que les canules dont on

se sert de loin en loin, afin d'administrer des lavements; et pour qu'elles le soient avec moins de douleurs, on les fait d'un volume convenable dans l'endroit qui doit pénétrer dans le rétrécissement, et on les effile de manière à les rendre très-minces au niveau de l'ouverture anale; on embrasse leur extrémité supérieure avec un fil double au moyen duquel on en opère l'extraction.

Cette femme a quitté l'hôpital le 12 juillet; et pendant tout son séjour on a ajouté à ces moyens locaux, des bains, une nourriture lactée, végétale, peu abondante, dont on variait du reste la qualité et la quantité quand il survenait du dévoisement, ce qui a eu lieu à deux reprises différentes pendant son séjour.

Lorsqu'elle est sortie, on pouvait très-facilement introduire le doigt dans le lieu rétréci. Elle avait régulièrement une selle par jour, plus de coliques, plus d'épreintes, ne rendant plus de mucosités sanguinolentes, ayant de bonnes digestions et mangeant avec appétit, ce qu'elle ne pouvait faire à son arrivée.

Cette femme est revenue cinq mois après à la consultation pour une indisposition tout à fait étrange. Elle nous a assuré que le rectum allait tout aussi bien que lorsqu'elle a quitté les salles. Nous avons donc pu, par un traitement méthodique, procurer un soulagement qui ne durera pas toujours, il est vrai, mais qui existait cependant cinq mois après. N'est-ce pas beaucoup que d'obtenir dans une maladie de cette nature un résultat semblable?

Traitement curatif.

Les moyens simples que nous venons d'indiquer ne suffisent pas pour obtenir une guérison durable de l'affection qui nous occupe: il leur faut ajouter un traitement méthodique, lorsque toutefois le jugement qu'on a porté sur la nature de la maladie ne la fait pas regarder comme incurable.

De nos jours, on a considéré comme pouvant obtenir une résolution complète du mal, les quatre moyens suivants: 1° l'ablation de toute la partie malade; 2° son incision; 3° sa cautérisation; 4° on a mis enfin au nombre des moyens curatifs la dilatation en même temps qu'on exerce une compression plus ou moins forte, plus ou moins prolongée. Examinons isolément chacun de ces procédés, et voyons, autant que nous pourrons en juger, quel est celui au moyen duquel on doit obtenir les meilleurs résultats.

Pour pouvoir pratiquer le premier des moyens que j'ai indiqués, il faut des conditions toutes spéciales; il faut qu'on puisse parfaitement bien limiter avec l'extrémité du doigt toute l'étendue du mal. Si l'on ne pouvait tout enlever, mieux vaudrait ne pas pratiquer d'opération; car dans ce cas, la récidive serait presque certaine. Nous ne nous étendrons pas, du reste, plus longuement sur les avantages ni sur les inconvénients de cette opération, dont M. Lisfranc, le premier, a enrichi la chirurgie moderne; car le but que nous nous sommes proposé est d'obtenir une guérison sans opération chirurgicale, et c'est pour ce motif que nous n'insistons pas sur celle-ci.

Incision.

Bien que l'incision soit une opération chirurgicale, nous croyons cependant indispensable d'en dire quelques mots. En effet, pratiquée simplement, comme on doit le faire, n'employant avec elle aucun des procédés que nous avons énumérés plus haut, elle est peu susceptible de procurer une guérison radicale; tandis que si, dans certaines circonstances, on ajoute à son action celle d'une compression et d'une dilatation méthodique, nous pensons que ces résultats ne pourront être qu'extrêmement avantageux. Quelques auteurs, et M. Costallat en particulier, tout en la blâmant, ont rapporté des cas de succès qu'on a obtenus par elle; il a beaucoup exagéré son danger; car personne, nous le pensons au moins, n'a été la pratiquer en aveugle, n'a porté l'instrument tranchant, comme il l'a supposé, dans des points que le doigt ne pouvait atteindre. On donne pour précepte, et avec beaucoup de raison, d'inciser en arrière ou latéralement, de ne jamais le faire sur la paroi antérieure de l'intestin, où l'on pourrait intéresser la vessie, les vésicules séminales, la prostate chez l'homme, le vagin chez la femme. Il faut diviser avec assez de précaution pour éviter de couper dans toute leur épaisseur les parois de l'intestin.

La réunion des bords divisés ne s'opère pas aussi promptement qu'on a semblé le croire, et l'on peut très-facilement s'y opposer en introduisant une mèche d'un volume approprié, et qui y mettra un obstacle. Si l'on pouvait exciser les lambeaux qui restent, on éviterait par là cette réunion qu'on redoute, et on agrandirait d'autant le diamètre intestinal; nous pensons que ce serait une pratique très-heureuse. La mèche, dans ce cas, sera moins douloureuse qu'on ne l'imagine, parce que, en général, il y a peu de sensibilité sur la muqueuse intestinale, surtout si cette mèche est modifiée, comme nous l'indiquerons plus tard. Nous savons bien qu'on fera, par ce moyen, difficilement disparaître la bride et les indurations; car la compression s'exerce surtout dans le fond des incisions; mais on l'opposera à l'union des parties divisées, et les tubercules qui resteront pourront s'atrophier, en recevant moins de vitalité.

Cette incision ne sera pas indistinctement pratiquée dans tous les cas de rétrécissement du rectum; dans beaucoup, en effet, elle ne manquerait pas de produire des désordres graves auxquels il serait peut-être souvent difficile de remédier. Il ne faut l'employer que dans les brides peu épaisses dont nous avons parlé plus haut, lorsque la dilatation seule ne peut les faire disparaître; que ces brides soient en croissant et occupent seulement un point de l'intestin, qu'elles aient au contraire la forme d'un diaphragme percé à son centre; c'est alors que conviennent les débridements multipliés. Bien qu'on n'ait pas incisé, et que la dilatation seule ait pu suffire chez notre troisième malade, nous croyons devoir placer ici son observation, parce qu'elle offre un exemple très-remarquable de la disposition dont nous parlons maintenant; et chez elle on aurait incisé, si le point rétréci n'avait cédé aux moyens qu'on a mis en usage.

Rétrécissement du rectum; fistules et abcès à l'anus; syphilis; dilatation; traitement anti-syphilitique; guérison.

OBS. III. — La nommée Avié (Catherine), âgée de 40 ans, est entrée le 3 juin à l'hôpital de la clinique, et a été couchée au n° 14. Les souffrances qu'éprouve cette malade remontent à 14 ans, époque de son mariage, à dater de laquelle elle a constamment gardé la syphilis que lui communiquait sans cesse son mari. Au bout de deux ans, cependant, portant des ulcérations dans le nez, des pustules sur presque toute la surface cutanée, elle fit un séjour de deux mois à l'hôpital des vénériens, d'où elle sortit beaucoup mieux. Revenue avec son mari, elle fut infectée de nouveau, et resta huit ans sans faire aucun traitement, et au bout de ce temps son mari mourut. Elle portait alors une fistule à l'anus, des pustules syphilitiques, des ulcères et des exostoses sur les jambes, etc.

C'est avec ce cortège de symptômes qu'elle fit un séjour de dix-huit mois à l'hôpital St-Louis, il y a quatre ans environ. Là, pour tout traitement, on lui pansa ses plaies avec de l'onguent mercuriel; on lui donna des bains, et elle garda le repos. Ses ulcères se cicatrisèrent, mais les exostoses ne disparurent pas; pendant son séjour, on opéra sa fistule, et l'opération réussit.

Peu de temps après avoir quitté l'hôpital St-Louis, des ulcères aux jambes, des abcès à la marge de l'anus, des trajets fistuleux, des pustules cutanées se montrèrent de nouveau, et elle resta dans cet état jusqu'au commencement de janvier dernier, où elle est entrée à l'Oursine, dans le service de M. Michon. Elle assure même qu'à cette époque, par un des trajets fistuleux, elle rendait des matières stercorales par le vagin. Ces ulcères se sont fermés par des pansements simples, et M. Michon Payant opérée d'une fistule, l'incision s'est cicatrisée; elle dit même que depuis cette opération il ne s'écoule plus rien par le vagin. Elle a quitté l'Oursine pour venir ici, et voici dans quel état nous l'avons trouvée.

Son état général est assez mauvais; elle est maigre; les traits de la face sont fortement tirillés; la peau cependant a conservé sa couleur naturelle; le ventre est assez gros, tendu, douloureux; il n'y a plus de hoquets ni de régurgitation. Sur la fesse gauche, il y a une tuméfaction considérable, dans le centre de laquelle il existe plusieurs ouvertures fistuleuses: la peau est amincie et violacée. Les fistules se rapprochent de l'anus, qui a son pourtour garni de végétations syphilitiques: elle a souvent de la diarrhée, et lorsqu'il survient de la constipation, les symptômes abdominaux augmentent, par la difficulté que les matières stercorales éprouvent à sortir; leur diamètre est beaucoup diminué; elles sont minces, rubannées et comme passées par une ouverture beaucoup plus étroite qu'elles n'étaient volumineuses au-dessus.

Elle fait remonter cette gêne à sa sortie de l'hôpital St-Louis, il y a sept ans à peu près. A cette époque, elle souffrait peu; mais assez cependant pour en avoir fait la remarque. La maladie a marché lentement, et peu à peu elle est parvenue au point où nous la trouvons aujourd'hui.