

Lourcine. Fournier ne l'a pas observé une seule fois. — Le chancre induré occupe la marge de l'anus ou l'orifice anal, plutôt en avant qu'en arrière et latéralement (Rolle); il suppure peu ou pas; sa surface est comme plissée et repose sur une base condylomateuse comme dans le cas précédent.

Les plaques muqueuses sont plus communes à l'anus que dans toute autre région chez l'homme; elles viennent chez la femme comme fréquence après les plaques muqueuses de la vulve; elles se correspondent souvent d'un côté à l'autre, et sont souvent aussi mêlées à des masses condylomateuses.

Outre ces accidents vénériens, on a noté, mais rarement, des syphilides papuleuses de la région anale; Esmarch, Barenprung, ont parlé de gommés du rectum; Verneuil en a rapporté une observation, mais au dire de Fournier, elles sont très rares, seulement consécutives à l'extension de gommés périphériques. — On trouvera au chapitre suivant tous les renseignements sur le rôle de ces diverses lésions dans la pathogénie du rétrécissement dit syphilitique du rectum.

CHAPITRE VIII

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

Sous la dénomination de *rétrécissement du rectum*, on doit ranger toutes les *diminutions permanentes de calibre du rectum* produites par une *altération organique d'une portion variable de la paroi de cet intestin*.

L'aplatissement du rectum par une tumeur d'un des organes du bassin n'est donc pas un rétrécissement vrai; il en sera question au diagnostic.

Quant au *cancer*, auquel on pourrait fort bien appliquer la définition que nous venons de donner plus haut, en raison de ses caractères spéciaux, il doit être étudié séparément.

Nous ne croyons pas devoir étudier non plus les *rétrécissements spasmodiques* admis par les Anglais, en raison même des réserves faites par Allingham, qui déclare n'avoir jamais rencontré un cas dans lequel il y eut uniquement du spasme.

Nous éliminons aussi les *rétrécissements d'origine congénitale*, qui ont été étudiés avec les vices de conformation de l'anus et du rectum.

Il nous reste ainsi à décrire :

- 1° *Des rétrécissements d'origine syphilitique ou vénérienne;*
- 2° *Des rétrécissements d'origine cicatricielle ou inflammatoire;*
- 3° *Des rétrécissements musculaires.*

Les rétrécissements du rectum étaient confondus par les anciens dans la classe mal limitée des squirrhes; Morgagni les distingua un des premiers et indiqua leurs relations avec la syphilis.

Étiologie et pathogénie. — 1° *Rétrécissements inflammatoires.* — Les plus fréquents de tous les rétrécissements du rectum, les rétrécissements inflammatoires sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Dans les antécédents des malades, on note au premier rang la syphilis, puis les inflammations chroniques du tissu cellulaire des parois rectales, rectites interstitielles aiguës, rectites chroniques engendrées par l'abus des purgatifs drastiques, la pédérastie, la blennorrhagie ano-rectale; les épaissements inflammatoires, périrectaux, phlegmons ischio-rectaux, indurations périfistulaires, et la tuberculose dont les relations avec la sténose n'ont été surprises que dans ces derniers temps.

L'influence de la syphilis a été diversement interprétée. Certains pensent, avec Desprès (1868), que le rétrécissement est le résultat d'un chancre phagédénique du rectum ou d'une plaque muqueuse. — Malheureusement Desprès n'a jamais vu directement cette ulcération; il se contente des résultats fournis par le toucher.

Un des premiers, Gosselin a appelé l'attention sur cette importante variété (*Archives générales de médecine*, 1854), qu'il considère non pas comme un accident constitutionnel de la syphilis, mais comme *une sorte de chéloïde sous-muqueuse intra-rectale, résultant d'un épaissement fibreux, d'une véritable rectite plastique, intimement liée à l'évolution du chancre anal.* — Le chancre anal n'est pas forcément un chancre syphilitique; il peut être simple, et en effet le tiers des sujets, d'après Godebert, la moitié, d'après Gosselin, ne présentent, ni avant, ni après, d'accidents syphilitiques; cette rectite plastique qui complique le chancre anal est donc peut-être autant *vénérienne que syphilitique*; elle survient en même temps que le chancre ou presque immédiatement après.

Les relations incontestables du rétrécissement fibreux du rectum avec la syphilis devaient naturellement conduire les esprits à une autre théorie, celle qui fait de cette affection *un accident constitutionnel de la syphilis*. — Elle fut formulée pour la première fois par Trélat et Delens dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; A. Guérin, Verneuil, Panas, s'en déclarent partisans, enfin Fournier l'appuie de son autorité en décrivant avec soin le *syphilome ano-rectal* (1874).

Sous cette dénomination on doit entendre, d'après Fournier, une *infiltration des parois ano-rectales* par un *néoplasme* encore indéterminé comme structure élémentaire, mais *susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile*.

Dans cette théorie, le rétrécissement du rectum est donc un *accident constitutionnel de la syphilis*, c'est une *dégénérescence fibreuse d'un néoplasme syphilitique*, le *syphilome ano-rectal*.

On objecte à cette théorie, que le syphilome à sa période d'état n'a pour ainsi dire pas été observé et que cette évolution fibreuse d'un néoplasme est rare dans la syphilis, où on ne l'observe guère que du côté du foie; enfin le traitement, de l'avis de tous, n'a que peu d'influence. La première de ces objections est la plus sérieuse, c'est à peine si Fournier parle d'un cas où il ait observé quelques phénomènes indiquant le premier état du rétrécissement. En revanche, si le traitement spécifique est généralement impuissant, quelques faits semblent démontrer qu'il n'est pas toujours sans influence; du reste, à la période de rétraction fibreuse, on conçoit bien que le traitement spécifique puisse n'avoir plus d'action. — Il reste évidemment encore bien des desiderata à satisfaire dans cette question; il nous semble d'ailleurs qu'il ne faut peut-être pas chercher dans une opinion exclusive l'origine des rétrécissements syphilitiques ou vénériens du rectum; les faits de Gosselin et de Fournier ne nous paraissent pas comparables entre eux. Gosselin parle de rétrécissements succédant immédiatement au chancre chez des sujets très jeunes; les malades de Fournier sont plus âgés, leur syphilis est bien plus ancienne; on est à dix, quinze, vingt ans de l'accident primitif. — Ce sont là des cas fort dissemblables.

Nous dirions donc volontiers qu'il y a des rétrécissements d'origine vénérienne, attribuables à une irritation de voisinage produite par

le virus chancreux simple; des rétrécissements d'origine syphilitique dus à l'irritation produite par le chancre syphilitique; exceptionnellement, peut-être jamais, des rétrécissements consécutifs à des ulcérations secondaires du rectum; très rarement encore, des rétrécissements consécutifs à des ulcérations tertiaires du rectum, admis par Gosselin, Eournier, etc.

Enfin nous admettons comme incontestables des rétrécissements, résultant de la transformation fibreuse d'un néoplasme syphilitique spécial, le syphilome ano-rectal, accident tertiaire ou même quaternaire, suivant l'expression de Trélat et Delens.

Ces rétrécissements vénériens ou syphilitiques s'observent le plus souvent, pour ne pas dire presque toujours, chez les femmes: 40 fois sur 45 — à l'âge moyen de la vie. — Les antécédents syphilitiques ne seraient pas douteux dans 47 cas sur 68; — tantôt le rétrécissement surviendrait à la fin de la période secondaire, d'autres fois c'est un accident fort tardif arrivant dix, vingt, vingt-cinq ans après le chancre.

Gosselin voit dans l'auto-inoculation par les liquides chancreux vulvo-vaginaux l'explication de la fréquence du rétrécissement chez la femme. Actuellement la syphilis est dépossédée d'une partie du rôle qu'on lui avait attribué dans la genèse des sténoses rectales. L'examen microscopique a en effet démontré qu'il existe trois types histologiques de rétrécissements du rectum: les types syphilitique, tuberculeux et inflammatoire banal. Il est difficile de faire la part respective de ces trois variétés étiologiques. Depuis quelques années, on a fait, à côté du rétrécissement syphilitique, une place importante au rétrécissement tuberculeux et, à l'heure actuelle, celui-ci a acquis définitivement droit de domicile. Beaucoup de rétrécissements dits syphilitiques ne reconnaissent d'autre cause que la tuberculose rectale.

2° *Rétrécissements cicatriciels*. — Les *rétrécissements cicatriciels* sont d'origine *accidentelle* dans les *traumatismes* du rectum: plaies, déchirures, lésions par corps étrangers volumineux ou irréguliers du rectum, par les canules à lavements. Curling en compte 9 cas sur 20. Assez souvent encore le traumatisme est *chirurgical* ou *opératoire*: excision de fistule, ablation d'un épithélioma, extraction de corps étrangers, extirpation d'hémorroïdes avec le thermocautère, la chaîne d'écraseur, etc.

Un certain nombre d'*ulcérations ano-rectales* se terminent par rétraction cicatricielle. — Au premier rang, il est d'usage de citer les ulcérations de la dysenterie; Garsaux, dans une thèse de 1877, les décrit comme formant le plus souvent une bride sous-muqueuse à 3 centimètres de l'anus; — les ulcérations provoquées par la présence d'un corps étranger, par les brûlures, les plaques de sphacèle consécutives à un prolapsus du rectum, les eschares de la cloison recto-vaginale après un accouchement laborieux, les gangrènes observées au déclin des grandes pyrexies (D. Mollière), les rectites et particulièrement les rectites chroniques ulcéreuses, plus rarement les syphilides ulcéreuses, telles sont les principales causes de cette variété de rétrécissement cicatriciel.

3° *Rétrécissements musculaires*. — Ces rétrécissements trouvent une place toute naturelle à côté des précédents; ils ont été bien exposés par Verneuil et Panas, et consistent dans une hypertrophie musculaire partielle, qui doit être rapprochée de l'existence des sphincters supérieurs, décrits par O'Beirn et Nélaton.

Anatomie pathologique. — 1° Le rétrécissement syphilitique est presque toujours un rétrécissement *fibreux annulaire* ou mieux *cylindrique*; c'est, on peut le dire, le rétrécissement type du rectum. — Ce rétrécissement *siège* ordinairement à l'union de la portion ampullaire du rectum avec la partie inférieure de cet intestin, très rarement à plus de 6 centimètres de l'anus.

L'infiltration constituée par le syphilome ano-rectal transforme le rectum, et quelquefois en même temps l'anus, en un cylindre rigide, épais de quelques millimètres à 1 centimètre. A cette période du début, il n'y aurait ni cicatrice, ni ulcération, d'après Fournier; pour Gosselin, on pourrait observer les traces du chancre anorectal. — La hauteur de cette infiltration varierait de 2 à 8 centimètres (Fournier), plus ordinairement de 1 à 3 centimètres (Gosselin).

Cette infiltration, traitée de bonne heure, pourrait rétrocéder: Fournier en cite 2 cas; non traitée, elle persiste, dégénère, s'aggrave, devient fibreuse, se rétracte, le rétrécissement rectal est constitué.

C'est, nous l'avons dit, un rétrécissement *inférieur*; son calibre est variable, il n'y a pas d'exemple d'oblitération complète.

On y rencontre les lésions suivantes :

a. Dilatation parfois très étendue de l'intestin au-dessus du rétrécissement.

b. Existence à ce niveau d'une vaste ulcération à contours festonnés, décrite pour la première fois par Gosselin, occupant toute la circonférence du rectum, pouvant remonter jusqu'à 10 à 12 centimètres au-dessus de la coarctation.

e. Immédiatement au-dessus de la portion rétrécie, Esmarch a signalé un *bourrelet grisâtre, boursoufflé*, constitué par l'hypertrophie des glandes tubuleuses de l'intestin.

d. Au niveau du point rétréci, un tissu de bourgeons charnus (Malassez), pas de tissu cicatriciel. — Des éléments embryonnaires infiltrèrent la paroi musculaire, dans laquelle on trouve de petits abcès. D'après Fournier, il n'y aurait jamais d'ulcération au niveau du syphilome; cependant Trélat en a observé dans un cas.

e. Au-dessous du rétrécissement Malassez signale du tissu de cicatrice, paraissant le vestige d'une ulcération ancienne.

On trouve, enfin, des lésions de voisinage : abcès péirectaux, fistules à l'anus, fistules recto-vaginales, recto-vésicales, bien étudiées dans la thèse de Février (1877).

2° Les rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires sont constitués par des brides, des anneaux occupant rarement toute la circonférence du rectum, d'une hauteur peu considérable. Ces brides sont généralement inodulaires, cicatricielles. — On doit en rapprocher une petite variété intéressante, le rétrécissement en éperon de Tillaux, saillie musculaire et muqueuse au-dessous de l'orifice intestinal d'une fistule à l'anus. Dans les rétrécissements inflammatoires, les tuniques sont épaissies, infiltrées; si l'inflammation a été péirectale, on voit les tuniques saines entourées d'une sorte de virole ou d'anneau fibreux. — Le rôle de l'inflammation est souvent hypothétique, comme le fait justement remarquer Allingham.

3° Les rétrécissements musculaires, décrits par Verneuil, Panas, Lanelongue (de Bordeaux), sont disposés en anneaux complets ou incomplets. Ils sont formés par une simple hyperplasie de la tunique musculaire sans lésion des autres tuniques.

Symptômes et marche du rétrécissement rectal. — Les symptômes, indiquant qu'il y a diminution du calibre du rectum, diffèrent fort peu, quelle que soit la nature du rétrécissement, qu'il soit vrai ou faux, syphilitique, inflammatoire, cicatriciel ou cancé-

reux. Son évolution ne présente que des différences peu considérables; seules l'exploration physique et la recherche des antécédents permettent de poser le diagnostic de la variété.

On peut dire avec Fournier que l'évolution de tout rétrécissement rectal présente trois périodes principales :

- 1° Une période latente;
- 2° Une période de troubles locaux;
- 3° Une période de retentissement sur l'état général.

Période latente. — Si l'on songe que le rétrécissement syphilitique, vrai type de description en raison de sa fréquence, s'observe surtout chez des femmes, et chez des femmes jeunes, dont la constipation est l'état normal; si l'on pense aux difficultés d'un aveu de syphilis, alors surtout qu'aucun accident grave ne le provoque; à l'ignorance parfaite d'une contamination, que l'on peut rencontrer, dans certains cas; à l'époque très éloignée de l'accident primitif, enfin au peu d'importance des symptômes, uniquement constitués par la rareté et la difficulté des selles, on comprendra à quel point cette première période est latente et insidieuse, combien il est difficile par conséquent d'avoir des notions exactes sur l'état réel des lésions au début. L'examen du rectum seul pourrait le révéler, et cet examen n'est pour ainsi dire jamais pratiqué. Cette période peut être longue; Gosselin lui-même en fixe la durée moyenne à deux ans.

Période d'état. — *Troubles locaux.* — A la fin, les troubles persistants de la défécation appellent l'attention du malade. Tantôt, dans le rétrécissement cylindrique en particulier, on observe de la *diarrhée fréquente*; l'évacuation commence par une sorte de fusée purulente et les matières présentent l'*odeur fétide* des affections syphilitiques ano-rectales et de certains produits tertiaires en voie de destruction; quelquefois, à moitié dures, elles prennent la forme aplatie, rubanée, de corps passés à la filière, surtout si le rétrécissement est inférieur. Tantôt c'est une *constipation persistante* se terminant par de petites débâcles au bout de quelques jours. Les matières dures, ovillées, ne sont que de véritables cybales un peu aplatis; ce fait s'observe surtout quand le rétrécissement est supérieur, et particulièrement dans les rétrécissements musculaires; de plus, dans cette variété comme dans les rétrécissements congénitaux manque l'évacuation purulente qui accompagne les selles dans le rétrécissement syphilitique.

Il est des cas où l'évacuation purulente ne se borne plus à précéder la défécation normale, mais encore s'effectue dans les intervalles des selles. Fournier a même signalé l'incontinence stercorale, lorsque l'infiltration plastique est en même temps anale et rectale. On peut encore observer des épreintes, du ténésme, de fausses envies, n'aboutissant à aucun résultat ou se terminant par le rejet de quelques matières glaireuses, striées de pus ou de quelques filets de sang, tous symptômes attribuables à une rectite chronique occasionnée par le rétrécissement.

Parfois surviennent, au bout d'un temps plus ou moins long, d'une manière lente et progressive, les symptômes de l'occlusion intestinale d'origine ano-rectale; le ventre se ballonne, devient douloureux, la constipation est presque absolue, les vomissements même se produisent; enfin, au bout de quelques jours, une forte débâcle met momentanément fin aux accidents. Le rétrécissement occasionne rarement l'obstruction complète. Par exception, ces phénomènes peuvent revêtir la forme de l'occlusion aiguë.

La défécation n'est pas seulement troublée ou empêchée: elle est douloureuse dans tous les cas; la douleur est lancinante, s'irradie parfois vers les organes génitaux, le sacrum, les membres inférieurs; elle peut exister, quoique plus rarement, en dehors de tout besoin d'aller à la selle, vrai ou faux.

Tourmentés par un impérieux besoin, les malades se présentent en vain pour aller à la garde-robe; les efforts considérables auxquels ils se livrent amènent des complications: hémorragies, hernies, délire nerveux, syncope même; ils ont recours aux positions les plus bizarres, et cherchent, non sans grand danger, à faciliter, à l'aide de tiges de bois ou autres, le passage des matières. L'acte de la défécation étant devenu pour eux un véritable sujet de terreur, les malades cherchent à le reculer le plus possible; dans ce but, ils restreignent leur alimentation.

Troubles généraux. — On conçoit facilement que, dans ces conditions, la santé ne tarde pas à s'altérer; des phlegmons développés au voisinage du rétrécissement et devenus fistuleux, entretiennent la suppuration et la fièvre; les forces diminuent rapidement, l'amaigrissement survient, l'anémie va croissant, et, à voir la teinte jaune-cire, la pâleur terreuse du malade, on croirait au premier abord avoir affaire à un cancéreux. Le moral se déprime rapidement, l'hypocon-