

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

Définition. — On donne actuellement le nom de rétrécissement du rectum à un état pathologique caractérisé par une coarctation permanente et progressive de ce canal, résultant d'une altération organique mais non néoplasique de ses parois.

Cette définition élimine le *cancer*, dans lequel le rétrécissement n'a qu'une importance secondaire.

En décrivant les *malformations de la région ano-rectale* nous avons étudié les brides, les valvules plus ou moins marquées qui constituent les *rétrécissements congénitaux* du rectum. Nous n'y reviendrons maintenant qu'au diagnostic.

La *contraction des fibres musculaires du rectum* par spasme, peut dans certaines circonstances, produire une diminution de calibre. Mais peut-on donner le nom de rétrécissement à cette obstruction passagère? Il faudrait pour cela qu'une rétraction scléreuse atteignit secondairement les muscles contracturés. CRIPPS croit la chose possible mais le fait est loin d'être démontré¹.

Sans parler des tumeurs du petit bassin, des brides qui peuvent comprimer le rectum, il faut admettre des *rétrécissements péri-rectaux*. Ce sont de véritables rétrécissements cette fois, envahissant les tuniques rectales à la façon des rétrécissements inflammatoires que nous allons étudier plus loin; mais ici la lésion rectale n'est que secondaire, *la lésion primitive étant extérieure*, au niveau de la prostate, de l'utérus, des annexes, etc²... Il existe

¹ HARRISON CRIPPS. *On diseases of the rectum and anus*. London, 2^e édit., 1890, p. 222.

² On a signalé de ces rétrécissements à la suite d'abcès, de fistules. SMITH (Henry). *Surgery of the rectum*, 1871, 3^e édit.

tout autour du rectum une induration irrégulière, amenant la formation de brides fibreuses saillantes. Le calibre de l'intestin peut être très diminué, acceptant à peine l'index et cliniquement l'aspect est à peu près le même que s'il s'agissait d'un véritable rétrécissement du rectum.

En pratique, il existe deux grandes classes de rétrécissements : tantôt le rétrécissement succède à la réparation d'une perte de substance plus ou moins étendue des parois rectales, c'est le *rétrécissement cicatriciel*; tantôt il est consécutif à une inflammation simple ou spécifique du conduit ano-rectal, c'est un *rétrécissement inflammatoire*.

I. — RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS

1^o Ils succèdent d'ordinaire à *des traumatismes* :

Traumatismes accidentels. — Ce sont les plaies du rectum, les corps étrangers surtout qui déchirent et ulcèrent à la fois les parois rectales. ALLINGHAM insiste sur les violences exercées sur le rectum pendant l'accouchement : il existe alors des lésions des parties voisines, du vagin en particulier.

Traumatismes chirurgicaux. — Ce sont les plus fréquents. Le rétrécissement succède à l'extirpation d'un cancer du rectum, à l'ablation d'hémorroïdes par le procédé de WHITEHEAD, à la résection ou même à des cautérisations trop profondes d'un prolapsus. — D'autres fois c'est à des brûlures produites par des lavements trop chauds ou par des caustiques, à l'extirpation large de nombreuses fistules.

2^o Ils sont plus rarement consécutifs à *des ulcérations*.

La cicatrisation d'une simple ulcération ne donne naissance qu'à une bride; le rétrécissement quand il existe est causé par la rectite et est plutôt inflammatoire que cicatriciel.

D'ailleurs les rétrécissements purement cicatriciels sont rares; le plus souvent le processus est mixte. A part certaines plaies chirurgicales, il est rare qu'une plaie de la région rectale ne s'infecte pas; la réparation ne se fait plus alors que lentement, par bourgeonnement, avec une rétraction d'autant plus marquée que nous avons affaire non à une surface comme au niveau

des téguments, mais à un tube et qui plus est, à un tube riche en tissu cellulaire qu'envahira l'inflammation.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes des rétrécissements cicatriciels; ils n'ont rien de particulier, ce sont ceux de toute sténose du rectum. Nous n'en reparlerons qu'au diagnostic,

II. — RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES

C'est dans ce groupe que rentre l'immense majorité des rétrécissements du rectum. On les désigne encore sous le nom de *rétrécissements syphilitiques*, mauvaise dénomination qu'il faut absolument proscrire, la syphilis n'étant, lorsqu'elle existe, qu'une cause occasionnelle de la véritable maladie causale, la rectite.

Anatomie pathologique. — GÉNÉRALITÉS. — C'est un rétrécissement bas situé. D'après les statistiques de PERRET¹, de QUÉNU et HARTMANN², le plus souvent le rétrécissement commence à l'anus ou un peu au-dessus.

Presque toujours *unique*, il présente d'ordinaire une *longueur* de 1 à 4 centimètres, mais on connaît des cas, où l'évolution progressive des lésions de sclérose a amené des rétrécissements de 20, 22, 25 centimètres et plus. (RICARD, ROUTIER, BERGER.)

J'ai présenté moi-même à la Société de chirurgie³ une pièce de rétrécissement du rectum, de l'S iliaque et du côlon descendant, s'arrêtant à 10 centimètres de l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant. Cette pièce est exceptionnelle, sinon unique, puisque dans le cas de HAHN, le rétrécissement était de 25 centimètres, tandis qu'ici il est de 42 centimètres.

Les lésions vasculaires (périphlébite, endartérite) très mar-

¹ PERRET. Essai sur les rétrécissements du rectum dus à l'inflammation. *Thèse de Paris*, 1885.

² QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 253.

³ GÉRARD MARCHANT. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 16 février 1898, p. 145.

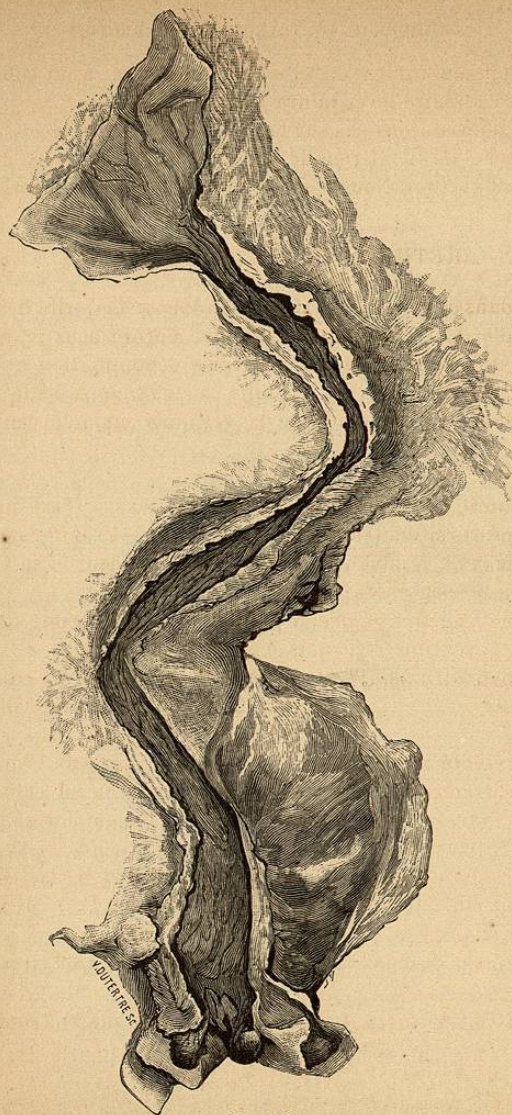


Fig. 19.
Rétrécissement du rectum et du côlon descendant. (GÉRARD MARCHANT.)

quées me firent penser qu'il s'agissait d'un rétrécissement syphilitique.

La *forme* est celle d'un cylindre, ou mieux d'un entonnoir dont la base regarderait l'orifice anal et dont le sommet serait au point rétréci. La coarctation d'ailleurs est plus ou moins marquée; elle peut admettre l'index ou être infranchissable même avec une simple sonde.

Lésions macroscopiques. — AU NIVEAU DU RÉTRÉCISSEMENT ce qui frappe, c'est un épaissement considérable des tuniques de l'intestin. Toutes sont conservées, mais l'inflammation chronique les a soudées en bloc. « Elles sont confondues, à tel point, dit FOURNIER, qu'il est impossible de les dissocier même par la dissection la plus patiente et la plus attentive. »

La *muqueuse* persiste, épaisse, à peine distincte des tissus sous-jacents.

La *sous-muqueuse* et nous insistons sur ce fait, présente le *maximum de lésions*. Le travail de phlegmasie chronique se fait primitivement dans ce tissu cellulaire lâche, gagnant ensuite les couches voisines, la muqueuse d'une part, la musculaire d'autre part.

La *couche musculaire* présentera donc surtout des lésions de ses fibres les plus internes qui peuvent même être seules envahies par la sclérose.

Le *tissu péri-rectal* est pris à son tour et il se forme autour du rétrécissement soit des masses calleuses, épaisses, dures, qui le soudent aux organes voisins, soit plus rarement des masses fibro-lipomateuses, comme dans certains phlegmons périnéphrétiques.

AU-DESSUS DU RÉTRÉCISSEMENT, ce sont des lésions d'*ulcération*. Le contact et le séjour des matières amènent la production d'une *large ulcération circonférentielle*, haute en général de plusieurs centimètres (jusqu'à 8 et 10 centimètres). Elle se fait en nappe et GOSSELIN insiste sur le rebord festonné brusque qui marque nettement sa limite supérieure. On a pourtant signalé (QUÉNU et HARTMANN), des ulcérations multiples remontant plus haut dans l'intestin jusque dans le colon ascendant. L'ulcération

est peu profonde au début, mais comme elle se fait progressivement, elle atteint les éléments sous-jacents et peut aller jusqu'à la perforation.

AU-DESSOUS DU RÉTRÉCISSEMENT, ce qui domine c'est la *rectite*, mais il semble que les tissus puissent, suivant les cas, réagir de deux façons bien différentes à l'infection.

Tantôt, sous l'influence de l'irritation, les *éléments prolifèrent* : la muqueuse se hérissé de granulations, de papillomes, de condylomes dont certains arrivent à acquérir des dimensions assez considérables. Nous avons déjà décrit ces lésions en étudiant plus haut la *rectite proliférante*. Dans certains cas elles existent seules; dans d'autres, elles coexistent avec la sclérose : le processus est mixte, hypertrophique en certains points, sténosant en d'autres¹.

Tantôt la sténose domine : bien qu'il soit fréquent de trouver quelques granulations sur la muqueuse de la partie sous-jacente au rétrécissement, c'est le plus souvent la forme sténosante vraie qu'on observe. La partie inférieure du rectum est transformée en un cylindre rigide à parois dures, sèches, comme cannelées, tapissées d'une muqueuse épaissie, rugueuse, soudée aux parties sous-jacentes sur lesquelles elle ne glisse plus.

COMME LÉSIONS A DISTANCE nous noterons surtout les *fistules*. Elles partent soit de l'ulcération, soit de la partie sous-jacente



Fig. 20.
Grande ulcération au-dessus d'un rétrécissement (QUÉNU et HARTMANN).

¹ DELBET et MOUCHET. Rectite hypertrophique proliférante et sténosante. *Arch. génér. de Médec.*, nov. 1893.

au rétrécissement semblables en cela aux fistules qui accompagnent les rétrécissements congénitaux. Elles ne renferment aucun liquide (fistules sèches de TRÉLAT); leur trajet souvent très court semble découpé comme à l'emporte-pièce. Elles sont multiples et vont s'ouvrir à la peau du périnée ou même dans les organes voisins.

Elles peuvent succéder à un phlegmon ou se produire sans grande réaction à la suite d'infections secondaires au niveau d'un point ulcéré.

Doit-on admettre avec FAURE et RIEFFEL que les fistules sous-jacentes au rétrécissement sont vraisemblablement tuberculeuses? La chose est possible mais non démontrée.

Lésions microscopiques. — Les notions histologiques que nous possédons sont de date récente; on les trouve dans les travaux de MALASSEZ¹, SOURDILLE², P. DELBET³, HARTMANN et TOUPET⁴, QUÉNU et HARTMANN.

La muqueuse est conservée et très rarement l'ulcération s'étend au niveau même du rétrécissement.

L'épithélium a perdu sa forme cylindrique et sous l'influence de l'inflammation chronique, il est devenu *pavimenteux stratifié*; sur 21 cas que rapporte CLAMOUSE⁵ dans sa thèse, une fois seulement (obs. SOURDILLE) on a constaté la persistance de l'épithélium cylindrique normal et des glandes de LIEBERKÜHN.

Les glandes disparaissent; dans un cas de SOURDILLE on voit par quel processus. Les glandes flexueuses et dilatées conservent leur épithélium normal au niveau des culs-de-sac, tandis qu'à l'ouverture celui-ci se continue par transition graduelle avec l'épithélium pavimenteux.

¹ MALASSEZ. *Dictionnaire encyclopédique des Sc. méd.* Art. *Rectum*.

² SOURDILLE. Rétrécissements tuberculeux du rectum. *Arch. génér. de Méd.*, 1895.

³ P. DELBET. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII.

⁴ HARTMANN et TOUPET. Nature des rétrécissements dits syphilitiques du rectum. *Sem. Méd.*, 1895, p. 129.

⁵ CLAMOUSE. Rectite chronique hypertrophique. *Thèse de Paris*, 1896.

Au-dessus du rétrécissement la muqueuse a complètement disparu: elle est remplacée par un tissu de granulations.

Les lésions de la sous-muqueuse sont plus constantes et plus importantes que celles de l'épithélium.

C'est là le *siège véritable de l'affection*.

D'une façon générale, il y a hypertrophie et transformation fibreuse de cette couche, avec apparition de nombreux éléments embryonnaires¹; mais ce travail de sclérose se fait d'une façon variable suivant les causes de l'infection et actuellement on distingue trois types de rétrécissements:

- 1° Type inflammatoire diffus;
- 2° Type syphilitique;
- 3° Type tuberculeux.

TYPE INFLAMMATOIRE DIFFUS. — On trouve dans la couche sous-muqueuse des *nappes scléreuses séparées par des trainées embryonnaires diffuses*, envahissant la couche la plus interne des fibres musculaires; elles dissocient ces fibres, les étouffent, mais ne présentent jamais comme dans les types suivants une disposition en nodules embryonnaires; de même il n'existe pas d'altérations vasculaires².

DANS LE TYPE SYPHILITIQUE, la sclérose se localise plus particulièrement autour des vaisseaux soit artériels, soit veineux. Autour des orifices vasculaires on trouve des amas embryonnaires, sortes de nodules qu'on considère comme des gommés. En même temps que ces nodules, on voit sur l'endartère des lésions qui rappellent par leur aspect les lésions assignées à l'endartérite syphilitique.

Les veines elles aussi présentent soit un épaissement de leur tunique externe, soit une oblitération complète. Le vaisseau est

¹ Au point d'union de la partie saine et de la partie ulcérée, MALASSEZ a constaté que la muqueuse était légèrement décollée, infiltrée de cellules jeunes, que la celluleuse présentait un grand nombre de ces éléments se prolongeant même plus haut en des points où la muqueuse était saine. (MALASSEZ. *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, article *Rectum*.)

² TOUPET et HARTMANN. *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1894, p. 993.

alors remplacé par un nodule que limite une zone scléreuse, véritable gomme miliaire dont le centre présente souvent un commencement de désintégration.

TYPE TUBERCULEUX. — Avant les histologistes, depuis longtemps les cliniciens avaient remarqué la fréquence de la tuberculose chez les malades atteints de rétrécissement du rectum.

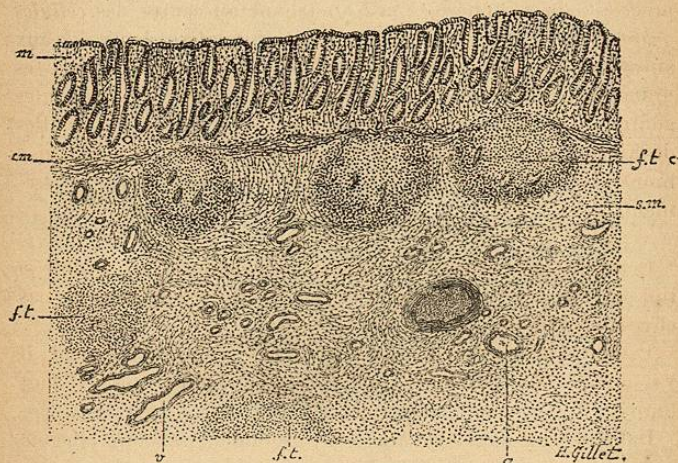


Fig. 21.

Rétrécissement tuberculeux (QUÉNU et HARTMANN, d'après une préparation de M. Sourdille).

m, muqueuse. — *cm*, muscularis mucosae. — *sm*, sous-muqueux. — *a*, artère.
v, veine. — *ft*, follicule tuberculeux.

ALLINGHAM pensait que certains rétrécissements dits syphilitiques pouvaient bien appartenir à une forme spéciale de tuberculose du rectum. Les observations de KÜMMEL¹ sont semblables. TILLAUX² en 1894, incriminait aussi la tuberculose dans un cas dont

¹ KÜMMEL. Ueber hochlegene Mastdarmstricturen. *Samml. Klin. Vorträge*, n° 285.

² TILLAUX. Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1895, p. 296.

l'origine syphilitique ne lui apparaissait pas clairement démontrée. SOURDILLE¹ a fait très soigneusement l'étude histologique de ces rétrécissements tuberculeux. Il en rapporte trois observations dans son travail.

Au milieu de l'infiltration embryonnaire diffuse, dissociant les faisceaux conjonctifs qui composent normalement la couche sous-muqueuse, on trouve des *follicules tuberculeux* sans limites précises à la périphérie, mais contenant au centre des *cellules géantes*. Ce qui frappe, c'est l'intégrité relative des vaisseaux autour desquels on n'observe que des traînées embryonnaires diffuses ne présentant pas la délimitation nette des nodules gommeux. Dans les cellules géantes on peut trouver des bacilles de KOCH, et l'inoculation faite dans un cas par SOURDILLE, lui a montré à n'en pas douter la nature tuberculeuse du rétrécissement.

Cette distinction en trois types bien distincts qui semble si importante de prime abord ne peut être faite dans tous les cas et ceci pour plusieurs raisons.

Et tout d'abord, quelle que soit la cause du rétrécissement, il y a des lésions d'inflammation chronique simple qui existent toujours.

Dans les cas où la *syphilis* est absolument certaine, aucune des lésions que nous constatons n'est véritablement pathognomonique. Ces lésions d'ailleurs (nodules embryonnaires arrondis) QUÉNU² les a signalées dans des rétrécissements survenus en dehors de toute syphilis connue; peut-être sont-elles dues à l'irritation qui détermine la pénétration dans les vaisseaux d'agents microbiens encore mal déterminés.

Quant à la *tuberculose* son rôle est mieux établi quand on trouve des follicules tuberculeux, mais SOURDILLE nous a appris que ces follicules pouvaient être très rares, qu'il fallait parfois examiner de nombreuses coupes en séries avant d'en rencontrer un seul et que des recherches multipliées étaient nécessaires pour

¹ SOURDILLE. *Archives Génér. de Médec.*, 1895 et *Soc. An.*, 1896, p. 208.

² QUÉNU et HARTMANN. *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 288, obs. LXIII.

pouvoir affirmer la tuberculose. Il faut remarquer d'ailleurs que la tuberculose *peut fort bien n'être que secondaire* et se greffer sur un rétrécissement inflammatoire simple. L'affaiblissement causé par le rétrécissement prédispose le malade à la tuberculose pulmonaire; les bacilles déglutis avec les crachats inoculent facilement la vaste ulcération sus-stricturale.

Au-dessous du rétrécissement, Hamonic¹ signale la présence de nombreuses papilles coniques hypertrophiées. Les éléments fibrillaires qui constituent la charpente de ces papilles sont infiltrés par un grand nombre de cellules rondes qui arrivent parfois à les masquer. A la base des papilles, les éléments embryonnaires se groupent en nodules dont quelques-uns auraient subi la dégénérescence graisseuse. Hamonic signale aussi des lésions de périartérite scléreuse, un épaissement de la tunique moyenne des artères, mais il n'a pas observé d'endartérite.

LÉSIONS DE LA COUCHE MUSCULAIRE. — Les fibres les plus internes sont étouffées par l'abondante prolifération embryonnaire et subissent un certain degré de dégénérescence; parfois des bandes fibreuses occupent les espaces interfasciculaires. Les follicules tuberculeux peuvent envahir cette couche (SOURDILLE).

Étiologie. — Les notions que nous possédons sur les causes du rétrécissement du rectum ne sont rien moins que précises.

Nous savons que cette affection est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme: dans la proportion de 2 à 3 pour un, disent QUÉNU et HARTMANN, beaucoup plus encore (7 pour 1) s'il faut en croire certains auteurs allemands; mais les raisons de cette fréquence particulière nous échappent.

C'est une affection de l'âge moyen de la vie: on l'observe surtout entre trente et cinquante ans, mais il n'est pas rare de la voir chez des sujets plus jeunes, de dix-huit à vingt ans par exemple. MAX SCHEDE² en aurait même observé un cas chez une petite fille de six ans atteinte de syphilis congénitale.

Comme nous le dirons dans un instant, la période initiale de

¹ HAMONIC. De la rectite proliférante. *Th. Paris*, 1885.

² M. SCHEDE. *Münch. med. Wochens.*, 1895, p. 431.

la maladie nous échappe le plus souvent; aussi est-il parfois très difficile de déterminer le facteur étiologique initial. L'étude des antécédents pathologiques du sujet peut permettre de proposer certaines hypothèses; sans discuter actuellement par quel processus le rétrécissement se forme, nous allons nous borner à examiner les causes les plus fréquemment incriminées.

Quelle qu'en soit donc la conclusion qu'on en tire il est certain que la syphilis est très fréquemment observée chez les malades porteurs de rétrécissements. JULIUSBURGER¹ donne la proposition énorme de 66 p. 100. On ne peut manquer d'être frappé par ce chiffre et il semble impossible de nier le rôle étiologique de la syphilis. Mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire et, comme on l'a fait pendant longtemps, considérer le rétrécissement comme une manifestation syphilitique au même titre que la gomme.

La tuberculose a été observée beaucoup moins fréquemment; il faut dire que l'attention n'a été attirée sur ce point que depuis peu de temps et que le rôle de cette affection est très difficile à établir cliniquement.

Quant à la dysenterie, il semble au premier abord que la cicatrisation des nombreuses ulcérations qu'elle provoque puisse expliquer facilement la production de sténoses. Mais ces ulcérations sont disséminées, elles sont superficielles: histologiquement CORNIL met en doute leur rôle, et cliniquement les médecins militaires anglais comme MATHEWS, WOODWARD² qui ont une grande expérience à ce sujet, ne croient pas qu'il soit possible d'admettre un rétrécissement dysentérique. La dysenterie, si elle est une cause, ne l'est qu'en provoquant la rectite.

La donnée importante en effet qui se dégage de l'étude étiologique est la fréquence, nous pourrions presque dire la constance des antécédents de rectite chez les malades atteints plus tard de rétrécissement du rectum. Chez les uns la rectite a été

¹ JULIUSBURGER. Beitr. z. Kenntniss von den Geschwüren und stricturen des Mastdarms. *Inaug. Diss. Breslau*, 1884.

² WOODWARD. *The med. and. surg. history of the war of the rebellion*, part. II, méd. vol., p. 504.

aiguë tout d'abord à la suite d'injections irritantes, de phlegmasies de voisinage, chez d'autres et c'est le cas plus fréquent, elle a été chronique dès le début et on a pu l'attribuer à l'abus de purgatifs drastiques, à des habitudes de pédérastie invétérée, à la blennorrhagie ano-rectale, à des ulcérations rectales ou à toute autre cause.

Pathogénie. — C'est en se basant uniquement sur l'étude clinique que les anciens auteurs DESAULT, BOYER, LAUGIER frappés de la coexistence de la syphilis et du rétrécissement du rectum avaient fait de ce dernier une conséquence de la première, mais ils différaient d'avis au point de vue de la pathogénie. Le rétrécissement est-il seulement une affection secondaire greffée sur une lésion syphilitique, ou est-ce une manifestation véritablement spécifique? Et dans ce dernier cas est-ce un accident primitif, secondaire, tertiaire? est-ce une modalité toute spéciale de la syphilis évoluant à ce niveau? Toutes ces hypothèses ont eu des défenseurs.

La première opinion est celle de GOSSELIN¹; la syphilis pour lui n'est en cause qu'indirectement et le rétrécissement, vénérien plutôt que syphilitique, n'est « qu'une lésion locale ou de voisinage due à une modification toute spéciale de la vitalité dans les tissus contaminés par le virus chancreux. »

DESPRÈS incriminait la cicatrisation d'un chancre à allures phagédéniques ou d'une plaque muqueuse intra-anale.

Mais, nous l'avons vu, ce ne sont pas tant des lésions cicatricielles que l'on observe, qu'une infiltration totale des parois du rectum. Aussi frappés de ces lésions, VERNEUIL, GUÉRIN, TRÉLAT et DELENS², PANAS admirent-ils l'existence d'une lésion syphilitique intéressant les tuniques rectales. Ce fut surtout FOURNIER³ qui s'attacha à faire triompher cette théorie : le premier stade de

¹ GOSSELIN. Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. *Arch. génér. de méd.*, 1854, t. IV, p. 666.

² TRÉLAT et DELENS. *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, art. *Rectum*, p. 730.

³ FOURNIER. Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. *France médicale*, 1874, nos 81, 83, 87, 90.

l'affection consiste, dit-il, en une infiltration de toutes les tuniques rectales par des cellules embryonnaires et c'est cette infiltration diffuse qui constitue le *syphilome ano-rectal*. C'est une manifestation syphilitique spéciale, bien distincte de la gomme; c'est un accident tardif, quaternaire a-t-on dit. A cette infiltration diffuse succède un travail de dégénérescence fibreuse qui amène secondairement la production du rétrécissement.

Les partisans de cette théorie, et ils furent nombreux, expliquaient la fréquence particulière de l'affection chez la femme, par l'influence de la menstruation, de la grossesse, de la constipation habituelle, etc., toutes causes qui mettraient le rectum en état de moindre résistance.

Quant à l'absence chez certains sujets de tout autre accident spécifique, la chose est possible, mais ce n'est pas un motif suffisant pour nier la syphilis.

La plus sérieuse objection est l'inefficacité du traitement; à cela on peut encore répondre : quand on constate le rétrécissement il est trop tard pour agir, les lésions de sclérose sont définitives et ne sauraient rétrocéder.

Malgré tous ces arguments certains auteurs comme DUPLAY¹, BERGER², faisaient des réserves et n'admettaient pas la syphilis comme démontrée dans tous les cas. TILLAUX, dans une observation publiée en 1894 incriminait la tuberculose.

Il fallait les nombreuses recherches histologiques faites pendant ces dernières années pour éclairer un peu la question³.

¹ DUPLAY. Des rétréc. du rectum. *Sem. méd.*, nov. 1892, p. 461. — *Journ. des pratic.*, sept. 1894, p. 289.

² BERGER. Rétréc. syph. du rectum. *Gaz. des Hôp.*, 1883, p. 1105.

³ PANAS et VALTAT. Examen histologique d'un rétréc. du rectum. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1872, p. 572. — RENDU et PITRES. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1875, p. 784. — GIRODE. Communic. de Quénu. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1891, p. 144. — DOR in Thèse de GAURAN. Des rétréc. syph. du rectum, Lyon, 1892, p. 21. — DELBET et MOUCHET. Rectite hypertrop. prolifér. et sténosante. *Arch. génér. de méd.*, nov. 1893, t. II, p. 513. — SOURDILLE. Rétréc. tuberc. du rectum. *Arch. gén. méd.*, 1895; *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1896, p. 208. — HUET. Ueber syphilit. affectionen der Mastd. in *Behrend's syphilidologie*, 1860. — N. Reihe, Bd. II, p. 1. — BEER. Die Eingeweidesyphilis. Tübingen,

Bien que nous ne possédions pas encore de données absolument définitives, il est bien établi que *dans la majorité des cas* les lésions se présentent avec les simples caractères d'une *inflammation chronique*.

La syphilis d'ailleurs peut fort bien avoir existé à l'origine et avoir occasionné la rectite chronique, véritable cause immédiate du rétrécissement.

A côté de ce type inflammatoire simple, nous avons vu qu'il fallait en admettre deux autres, ceux-ci plus rares, le type tuberculeux et le type syphilitique vrai, ce dernier caractérisé par des lésions qu'actuellement nous croyons pouvoir rapporter à la syphilis, sans que la chose pourtant soit absolument certaine.

Dans une série de publications, Schuchardt s'est efforcé de démontrer la nature syphilitique du rétrécissement. Le premier stade de la maladie, dit-il, est caractérisé par l'existence de granulations d'un rouge bleuâtre, proéminent à la surface de la muqueuse malade. Ce sont des petites gommés développées autour des vaisseaux ou plutôt ce sont les parois elles-mêmes des vaisseaux qui ont subi une transformation particulière. En même temps que se développent ces granulations, du tissu spécifique et des nodules gommeux se déposent dans la sous-muqueuse et dans les couches plus profondes de l'intestin. La nécrose de ce tissu spécifique amène la formation d'ulcérations d'abord superficielles, souvent serpigneuses, qui deviennent plus tard de profondes pertes de substance avec rétraction cicatricielle et rétrécissement.

L'accord n'est donc pas fait sur ce point et il importe d'at-

1867, p. 7. — BRANDIS. Ein Fall von Dickdarmsyphilis. *Inaug. Diss.* Kiel, 1884. — Verhagen. Beitrag zur Kenntniss zur syphil. Mastdarmgeschwüre *Inaug. Dissert.* Greifswald. — FISCHER. *Inaug. Diss.* Kiel, 1895. — SICK. Ueber Extirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung. *Jahrbücher der Hamburgischen Staats-Krankenanstalten*, 1890. Leipzig, 1892, t. II, p. 451. — RIEDER. *Verh. d. Deutsch. Gesells. f. Chir.*, 1897, t. II, p. 400. — HARTMANN et TOUPET. Nature des rétrécissements dits syphilitiques du rectum. *Sem. méd.*, 1895, p. 129.

¹ SCHUCHARDT (Karl). Ueber Mastdarmsyphilis. *Deuts. med. Woch.*, 1889, n° 52; *Berlin. Klin. Wochens.*, 1894, p. 41. — Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Mastdarmgeschwüre. *Arch. f. path. anat.*, 1898, vol. 154, p. 46.

tendre encore de nouvelles études basées sur de sérieux examens histologiques.

Symptômes. — Bien avant que le rétrécissement ne soit définitivement constitué et n'oppose un obstacle réel à la circulation des matières, la rectite chronique qui en est la cause manifeste ordinairement son existence par un ensemble de symptômes qui attirent l'attention.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Il est rare que ces premiers phénomènes passent totalement inaperçus, justifiant la description d'une *période latente* de quelques auteurs. Cette période latente se rapporte parfois aux formes de rectite absolument subaiguë, mais le plus souvent elle s'explique par ce fait que le malade se néglige ou a un intérêt quelconque à cacher son état.

Ces phénomènes de rectite consistent surtout en douleurs et en écoulements de pus.

La *douleur* est vive; elle se produit d'abord au moment des selles et les malades la comparent volontiers à une sensation de brûlure; elle peut s'accompagner de ténésme, d'épreintes violentes. D'abord intermittente, plus tard elle devient continue avec irradiations dans les lombes, le bas-ventre, les membres inférieurs.

Les *écoulements* qui se font par l'anus consistent en matières ressemblant à du sirop de gomme ou à du blanc d'œuf; elles n'offrent pas de fétidité spéciale et s'écoulent au moment des selles. Les matières sont souvent teintées de sang, car le malade étant d'ordinaire très constipé, les violents efforts qu'il fait aboutissent à la production de petites hémorragies ou même d'un certain degré de prolapsus.

Dans l'intervalle des selles, du muco-pus roussâtre peut s'échapper en assez grande abondance pour tacher le linge.

Cette notion d'écoulements muco-purulents assez abondants se retrouve dans presque toutes les observations de rétrécissement du rectum dont l'évolution a pu être bien suivie. Ils précèdent de longtemps, de plusieurs années parfois les premiers troubles fonctionnels sérieux qui forcent le malade à s'inquiéter de son état.

Dans plusieurs observations, on a noté des poussés d'*abcès péri-anaux*.

Si le malade vient consulter à cette période, le toucher permet de constater la contracture du sphincter, phénomène constant à qui l'on doit rapporter le ténésme et les empreintes et qui explique les douleurs souvent excessives que provoque le toucher rectal.

La muqueuse est déjà épaissie, moins souple et présente soit un début de sclérose, soit des végétations, suivant la forme qu'affecte la rectite. Le spéculum la montre très rouge, recouverte d'une couche puriforme, glaireuse et teintée de sang; souvent même elle est légèrement granuleuse.

De simple qu'elle était, la rectite peut prendre la forme proliférante avec des difficultés croissantes pour aller à la selle et des hémorragies à chaque effort. Nous ne reviendrons pas sur les symptômes de cette variété que nous avons déjà étudiée plus haut; nous ne nous occupons ici que de la forme sténosante.

PÉRIODE D'ÉTAT. — A cette période, ce ne sont plus seulement des accidents d'origine inflammatoire que l'on observe, mais aussi des troubles mécaniques dus à l'obstacle maintenant constitué. Pendant longtemps pourtant la défécation est restée possible, normale même, avec un rectum déjà rétréci. La contraction musculaire arrivait à triompher de l'obstacle; mais après une période de compensation plus ou moins longue, comme dans les rétrécissements de l'urèthre, les muscles se fatiguent, l'évacuation des matières est de plus en plus difficile, la constipation devient la règle. Certains malades même l'exagèrent, en se retenant d'aller à la selle et en diminuant leur alimentation. C'est qu'en effet la défécation est pour eux horriblement pénible et douloureuse; malgré des purgations répétées, des lavements laxatifs, l'évacuation ne se fait qu'à grand peine et parfois ils sont obligés de s'aider des doigts ou d'un instrument quelconque pour parvenir à vider leur rectum. Ces efforts fatiguent beaucoup les malades: ils peuvent être la cause de hernies.

Le passage des matières à travers un point rétréci leur donne

parfois un aspect assez caractéristique: elles sont *laminées, rubannées*, aplaties dans les rétrécissements bas situés, plus souvent arrondies, petites, *ovillées* dans les rétrécissements haut placés, sans que ces caractères aient une bien grande valeur clinique.

La *diarrhée* peut remplacer la constipation, mais c'est une diarrhée particulière, due à ce que le rétrécissement ne laisse plus passer les matières solides, et causée surtout par la rectite concomitante.

Le rétrécissement s'accroissant, le rectum se trouve transformé peu à peu en un tube rigide dont les parois dépourvues de souplesse ne peuvent s'accoler sous l'action du sphincter; bien qu'à ce moment la rétention soit extrême, il existe de l'*incontinence*. Des matières liquides mélangées de pus s'écoulent de l'anus soit d'une façon constante, soit sous forme de fusées que le malade est impuissant à contenir.

En dehors de l'incontinence véritable des matières fécales, le malade est encore tourmenté par un écoulement séro-sanguin abondant, le forçant à se garnir et répandant une odeur infecte; cet écoulement à peu près continu, par l'irritation qu'il détermine, amène au pourtour de l'anus la production de lésions érythémateuses mais il peut aussi s'accumuler au-dessus du sphincter et son évacuation en masse au moment d'un effort de défécation fait croire à l'ouverture spontanée d'un abcès (QUÉNU ET HARTMANN).

L'évolution naturelle du rétrécissement conduit à l'obstruction de plus en plus marquée. Primitivement c'était des crises de constipation suivies de débâcles. Plus tard il y a du ballonnement du ventre, des coliques, des vomissements; en même temps l'état général est profondément atteint, les fonctions digestives s'accomplissent mal et les malades s'intoxiquent de plus en plus par stercorémie. Aussi prennent-ils souvent cet aspect terreux, jaune paille, ce facies cachectique qui fait penser au cancer.

L'obstruction complète peut se manifester d'une façon aiguë: malgré des efforts considérables, toute évacuation est absolument impossible, le ballonnement du ventre devient extrême,

les vomissements apparaissent, bilieux puis fécaloïdes; le pouls est petit, le facies grippé, les extrémités froides et le malade meurt dans le collapsus si l'on n'intervient pas. — Mais ce tableau aigu est rare, somme toute, dans le rétrécissement et se produit beaucoup plutôt dans le cancer.

A la période de rétrécissement confirmé appartiennent les abcès péri-rectaux, les fistules multiples à trajet compliqué venant s'ouvrir plus ou moins loin de l'anus, au niveau du scrotum ou chez la femme à travers la cloison recto-vaginale.

Tous ces symptômes ne vont pas sans amener des troubles profonds de l'état général.

Par suite des troubles digestifs, le malade s'affaiblit, s'anémie, de plus il s'intoxique. Ces phénomènes de résorption, d'infection chronique expliquent la fièvre qui existe d'ordinaire à cette dernière période. C'est une fièvre peu élevée, qui ne dépasse guère 38° le soir; mais il n'est pas rare d'observer de temps en temps des poussées plus aiguës où la température atteint 39 ou 40°.

On a noté aussi la fréquence de *troubles mentaux* chez les malades parvenus à cette période dernière du rétrécissement rectal. C'est un sentiment de découragement, de tristesse qui va jusqu'à l'hypochondrie et aux idées de suicide; c'est dans d'autres cas de la mélancolie.

La cachexie qui résulte de la suppuration prolongée et de la stercorémie amène la mort au bout d'un temps variable suivant la marche rapide ou non du travail de sclérose, suivant la résistance du sujet et suivant le traitement.

GOSSELIN insistait sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les malades atteints de rétrécissement du rectum; est-elle secondaire à un rétrécissement dont la nature tuberculeuse est ignorée ou le rétrécissement lui-même, primitivement inflammatoire simple, est-il devenu tuberculeux par une inoculation secondaire facile à concevoir chez des phtisiques qui déglutissent des crachats remplis de bacilles? Ce serait une question intéressante à entreprendre, car, à notre connaissance, ce travail n'a pas encore été fait jusqu'ici.

Quoi qu'il en soit, la tuberculose pulmonaire évolue très vite

chez ces sujets déprimés et amène la mort en quelques mois. Il en est de même d'ailleurs pour toutes les maladies intercurrentes (érysipèle, pneumonie, grippe,) qui sur ces terrains de moindre résistance revêtent immédiatement un caractère grave.

Ajoutons encore une complication des plus sérieuses, mais rare, la *péritonite*, soit *suraiguë* succédant à une rupture spontanée de l'intestin au moment d'une défécation particulièrement pénible ou à une dilatation imprudente du rétrécissement, — soit *chronique* amenant la formation de brides, d'adhérences pouvant, disent QUÉNU et HARTMANN déterminer un nouveau rétrécissement plus haut situé que le premier, ou même de collections suppurées venant s'ouvrir plus ou moins loin (jusqu'à l'ombilic dans un cas d'ORTH¹).

Diagnostic. — Le diagnostic doit être aussi précoce que possible si l'on veut essayer d'enrayer la marche de la rectite causale avant que le rétrécissement ne soit définitivement constitué. C'est en obéissant à cette préoccupation que VERCHÈRE² a cherché à grouper les symptômes qui dans ce qu'il appelle la *période prémonitoire* doivent attirer l'attention du praticien et lui faire penser à la possibilité d'un rétrécissement. Il insiste sur ce fait que chez trois femmes jeunes encore, atteintes d'accidents secondaires variés de siège et chez lesquelles il a pratiqué le toucher rectal alors que le seul trouble fonctionnel était la constipation, il a trouvé dans les trois cas un rétrécissement plus ou moins accusé du rectum coïncidant avec des ulcérations intranales et des condylomes. — Le condylome a pour lui, après GOSSELIN, une grande valeur et indique presque toujours une lésion intra-anales; sa présence en dehors de tout trouble fonctionnel ou de toute lésion apparente, commande le toucher rectal.

¹ ORTH. *Beitr. zur Geburtshülfe und Gynäkologie*. Berlin, 1874, t. III, p. 132.

² VERCHÈRE. Sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1897, p. 186.