

sont les ganglions qui suivent les branches hémorrhoidales supérieures, et sous la réserve que nous avons faite précédemment on peut les appeler ganglions sacrés. C'est que cliniquement la barrière anatomique représentée par l'aponévrose sacro-recto-génitale n'existe guère. Bientôt cette aponévrose est envahie et par son intermédiaire les ganglions adhèrent à la concavité sacrée. La masse ganglionnaire peut être énorme, soudant pour ainsi dire la face postérieure du rectum au sacrum ; elle peut remonter jusqu'au niveau du promontoire ; on rencontre même parfois des ganglions dans la région lombaire.

Les *ganglions latéraux* ou hémorrhoidaux moyens se prennent tardivement ; on ne les rencontre qu'exceptionnellement.

On a constaté des *adénopathies éloignées* dans le creux sus-claviculaire (ROUSSEAU, HARTMANN), dans l'aisselle (BALL), mais elles relèvent déjà d'une généralisation.

La *généralisation* est assez rare dans le cancer du rectum. On l'observe surtout au niveau du *foie*, qui tantôt est petit, avec des noyaux secondaires nombreux, plus rarement gros, infiltré dans sa totalité — au niveau du *péritoine* où les lésions peuvent être localisées ou généralisées. On l'a vue se produire encore dans le pancréas, la rate, les poumons, les reins, les capsules surrénales, les ovaires, dans le système osseux (FRITZMANN, HOCHENEGG). QUÉNU a constaté la généralisation cutanée.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

Au point de vue histologique, on distingue deux grandes variétés d'épithéliomes du rectum : les *épithéliomes pavimenteux*, et les *épithéliomes cylindriques*. QUÉNU et LANDEL¹ ont décrit récemment une troisième variété, plus rare, qui comprend les *épithéliomes à cellules muqueuses*.

I. ÉPITHÉLIOMES PAVIMENTEUX. — L'épithélium pavimenteux de la région anale en est le point de départ ordinaire, bien qu'ils puissent se développer aux dépens de l'épithélium rectal devenu anormalement pavimenteux par suite d'un travail d'inflammation chronique.

Ils peuvent être *lobulés* (à globes épidermiques) ou *tubulés* (sans globes épidermiques). Ils ont tendance à s'étendre en surface, sur les limites de la tumeur, tandis que de l'épithélium pavimenteux on passe très progressivement au tissu néoplasique, sans qu'on puisse déterminer facilement à quel point exact débute l'altération. « Jamais, disent QUÉNU et LANDEL¹, nous n'avons observé l'évolution cancéreuse de l'épithélium cylindrique au contact de l'épithélium pavimenteux. »

Les ganglions lymphatiques infectés reproduisent la structure de la tumeur initiale.

PILLIET et PASTEAU² ont présenté à la Société anatomique un cas d'*épithéliome de la muqueuse anale*.

II. ÉPITHÉLIOMES CYLINDRIQUES. — Ce sont les plus fréquents ; on en distingue deux variétés :

1° Les *épithéliomes typiques glandulaires* où la prolifération se fait à l'intérieur des glandes en tubes du rectum, d'où le nom de *cancers adénomateux* que leur a donné HAUSER. Les tubes sont

¹ QUÉNU et LANDEL. Étude d'un cancer du rectum à cellules muqueuses. *Annales de micrographie*, avril 1897, p. 145, et *Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1898.

² « Il s'agissait d'un épithélioma à globes épidermiques spéciaux, mous, s'étant propagé aux ganglions, et s'étant même généralisé dans le foie. Ce n'est pas le cancroïde à globes épidermiques cornés de la marge de l'anus ; c'est encore moins l'épithélioma des glandes en tube de la dernière portion du rectum. C'est une variété spéciale de tumeur qui a pour analogue l'épithélioma à cellules du type malpighien de la dermo-muqueuse de la portion vaginale du col utérin. Là se retrouvent les globes épidermiques mous par défaut de kératinisation, dans une tumeur qui n'est pas développée sur de la peau mais sur une muqueuse dermo-papillaire.

Le point de départ de cet épithéliome doit être placé dans la portion de tégument intermédiaire à la peau et au rectum, dans la *muqueuse anale*, qui présente précisément les caractères des dermo-muqueuses, avec un épithélium du type malpighien sans tendance à la kératinisation, ce qui explique la présence des globes épidermiques mous, avec des cryptes latérales qui expliquent la diffusion latérale dans le sphincter musculaire strié, des cellules épithéliomateuses dont elles sont l'origine. » (PILLIET et PASTEAU. *Épithélioma de la muqueuse anale*. *Bull. de la Soc. Anat.*, nov. 1897, p. 768.)

revêtus d'une ou plusieurs rangées de cellules restées cylindriques, et la distinction entre ces épithéliomes et les adénomes vrais est très délicate.

QUÉNU et LANDEL se sont appliqués à les différencier. Le moins grand nombre de cellules mucipares, la multiplication des noyaux plus abondante et plus rapide, l'hypertrophie de ces noyaux et de la substance chromatique, l'irrégularité des cellules, telles sont les particularités qui caractérisent plus spécialement les épithéliomes. La destruction de la membrane basilaire, permettant la migration des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif voisin, est un signe de malignité et n'appartient qu'aux épithéliomes. On voit alors les tubes irréguliers pousser des prolongements qui s'anastomosent entre eux et former parfois de petits kystes.

2° Les *épithéliomes atypiques* sont constitués par des alvéoles mésodermiques renfermant des cellules épithéliales, qui cette fois ne sont plus régulières, cylindriques, typiques, mais au contraire atypiques, de formes et de dimensions extrêmement variées. C'est le véritable carcinome qui suivant la prédominance de l'élément épithélial ou de l'élément conjonctif se présentera sous l'une de ses deux formes, *encéphaloïde*, cancer mou à marche rapide, ou *squarrrhe*, cancer dur, à marche plus lente.

III. LES ÉPITHÉLIOMES A CELLULES MUQUEUSES étaient regardés comme des cancers dont les cellules cylindriques auraient subi la dégénérescence *colloïde*. QUÉNU et LANDEL ont montré que les cellules muqueuses n'étaient pas des cellules de régression et qu'on pouvait les retrouver avec les mêmes caractères dans les ganglions envahis. L'épithélium pavimenteux aussi bien que l'épithélium cylindrique pourrait donner naissance au cancer à cellules muqueuses.

Symptômes. — PÉRIODE DE DÉBUT. — Rarement il nous est donné d'observer un cancer du rectum au *début*. Les symptômes de cette première période sont d'ordinaire si vagues, si peu accentués, que bien souvent le malade ne s'en inquiète pas. Il ne se plaint guère que de troubles dyspeptiques, digestions plus ou

moins pénibles, répugnance pour certains aliments, etc. De temps à autre la constipation, le ballonnement du ventre, les coliques, des éructations fétides ébauchent de légères crises d'obstruction qui se terminent par de petites débâcles; avec cela un amaigrissement lent il est vrai, mais persistant, continu, telle est la *forme dyspeptique* qui, on le voit, ne présente rien de bien caractéristique.

Ailleurs certains symptômes fonctionnels attirent plus directement l'attention du côté du rectum; ce sont des hémorragies, des sensations anormales, des troubles de la défécation.

Les *hémorragies* se manifestent différemment suivant les cas.

Tantôt brusques, abondantes, constituées par du sang rouge, elles rappellent absolument les pertes du sang des hémorroïdaires, et trop souvent à un examen superficiel, elles sont interprétées comme telles.

Tantôt beaucoup moins importantes, elles consistent seulement en quelques gouttes de sang pur tachant le bol fécal.

Parfois enfin, le sang en partie digéré se mélange aux matières fécales et le malade rend des selles noirâtres, épaisses, qu'il compare volontiers à de la suie, du goudron ou du marc de café.

Certains malades souffrent véritablement; d'autres ont des *sensations anormales* au niveau de l'anus. C'est une sorte d'*insensibilité* de la région sphinctérienne qui ne leur permet plus de distinguer les matières solides des gaz et qui est l'occasion d'une grande gêne. C'est encore la *sensation de corps étranger* provoquant un besoin de défécation que les efforts réitérés et violents ne peuvent arriver à satisfaire; tout au plus le malade arrive-t-il à expulser quelques glaires sanguinolentes.

Parfois, comme chez un malade de QUÉNU, ce sont des *crises hémorroïdaires* avec turgescence, procidence, douleurs vives à l'anus, qui ouvrent la scène, véritables poussées de phlébites survenant dans des hémorroïdes symptomatiques, sous-jacentes à un carcinome du rectum.

Sans présenter de symptômes de localisation aussi manifestes, la plupart des malades accusent des *troubles de la défécation*. La constipation, légère au début, ne tarde pas à devenir opiniâtre; elle s'accompagne de sensation de pesanteur dans le bas-ventre,

de gêne au niveau du rectum. Bientôt la défécation devient douloureuse, la miction l'est parfois aussi. Il est rare qu'au lieu de la constipation, il y ait de la diarrhée, mais d'ordinaire les périodes de constipation plus ou moins longues sont suivies de débâcles. Les *diarrhées tenaces* et les *hémorragies abondantes* appartiennent spécialement à ce que nous avons étudié plus haut sous le nom de *polypose recto-côlique*.

Dans quelques cas enfin, surtout pour les cancers bas situés où le sphincter infiltré a perdu sa contractilité parfaite, bien que l'anus soit resté perméable, on observe de *l'incontinence des matières fécales*, un écoulement séro-sanguinolent tachant la chemise et forçant les malades à se garnir.

A cette forme de début pour ainsi dire locale, nous opposerons volontiers la *forme latente*, dans laquelle aucun symptôme n'attire l'attention du côté du rectum et où le mal ne se manifeste que par des symptômes généraux. C'est un amaigrissement que rien n'explique, un affaiblissement général, une sorte de dépression, de diminution de l'énergie physique qu'on met le plus souvent sur le compte de la neurasthémie jusqu'à ce que l'apparition d'un symptôme positif permette d'en fixer la cause.

Quel que soit le mode du début, quel qu'ait été le symptôme initial qui a donné l'éveil, bientôt la maladie s'affirme, le diagnostic s'impose, trop tard bien souvent au point de vue thérapeutique.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Anatomiquement, elle correspond à l'ulcération du néoplasme à l'intérieur du rectum, à sa propagation aux tissus voisins à l'extérieur.

Parmi les troubles fonctionnels, la douleur devient un des plus importants. Tantôt c'est une sorte de pesanteur s'exagérant à certains moments pour prendre la forme d'élancements, comparés à des « coups de baïonnette ». Tantôt c'est une sensation continue de déchirement, de brûlure atroce particulièrement dans le cancer de l'anus. Elle siège au niveau de la partie inférieure du rectum, au niveau du périnée, mais elle présente des irradiations fréquentes soit vers la vessie, les organes génitaux, soit à

plus longue distance vers la fosse iliaque gauche ou les membres inférieurs.

La défécation l'exagère, il en est de même de tous les efforts ; la marche, la position assise surtout deviennent intolérables et l'on s'explique que de malheureux malades, ne pouvant supporter une vie aussi pénible, cherchent par le suicide à mettre un terme à leurs maux.

Ces phénomènes douloureux relèvent de plusieurs causes : de l'irritation produite par le contact des matières au niveau d'une ulcération — de la rectite concomitante — enfin et surtout de l'infiltration néoplasique du tissu cellulaire péri-rectal, infiltration qui s'étend aux organes voisins et aux branches du plexus sacré.

A part la douleur qui à la période d'état est constante, les autres signes fonctionnels sont assez variables. D'une façon générale pourtant, on peut, comme nous l'avons dit en étudiant l'anatomie pathologique, distinguer deux sortes de cancers au point de vue de leur évolution. Les uns prolifèrent, bourgeonnent, les autres tendent au contraire vers la sténose. Sans vouloir établir ici de distinctions absolues qui n'existent pas en réalité, on peut dire que les premiers répondent plutôt à la forme ichoreuse, les seconds à la forme sténosante.

Forme ichoreuse. — Les *écoulements* qui se font au niveau de l'anus sont constitués par du sang, du pus ou des glaires.

Le sang, nous l'avons déjà dit plus haut, est émis en abondance ou en petite quantité, au moment des selles ou en dehors de tout effort de défécation, il est rutilant ou d'autres fois noirâtre et poisseux, suivant les conditions dans lesquelles se fait l'hémorragie. Quand les pertes de sang sont abondantes, ou encore faibles, mais répétées, elles contribuent puissamment à affaiblir le malade et à lui donner ce teint jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse¹.

L'*écoulement de pus* est moins fréquent et d'ordinaire peu abondant ; c'est alors du pus véritable, épais, visqueux, enro-

¹ L'hémorragie peut même se produire chez des malades porteurs d'anus contre nature, et Quénu rapporte un cas de ce genre.

bant plus ou moins les matières fécales. Mais bien plus souvent c'est une sérosité sanguinolente mélangée de *glaires*. Plus abondante dans les formes infiltrées ou massives, cette sécrétion se trouve sous la dépendance de la rectite secondaire au cancer. Le sphincter, s'il est envahi, laisse échapper continuellement un liquide jaunâtre, d'odeur infecte, qui oblige les malades à porter de véritables pansements.

Forme sténosante. — Dans cette forme une crise aiguë d'*obstruction intestinale* peut être le *signal-symptôme* du cancer du rectum, mais le plus souvent, c'est l'obstruction chronique qu'on observe. Les matières expulsées avec peine sont dures et de forme particulière, tantôt rubannées et comme passées à la filière, tantôt arrondies comme des billes et comparées à des crottins de chèvre. Le malade fait des tentatives réitérées de défécation, use et abuse des purgatifs; les efforts, la pression des matières sur la tumeur poussent celle-ci vers l'anus et il peut en résulter de véritables prolapsus symptomatiques. Malgré cela, l'évacuation ne se fait que d'une façon incomplète, les matières s'accumulent et finissent par provoquer des phénomènes d'occlusion. Comme le fait remarquer QUÉNU, ce n'est pas à proprement parler de l'occlusion véritable, mais plutôt de l'obstruction, car les gaz continuent à filtrer et rarement l'occlusion est complète. Pourtant, pendant ces crises il y a du ballonnement du ventre, des éructations fétides, des vomissements, symptômes parfois si inquiétants qu'on songe à intervenir d'urgence. Les purgatifs, les lavements arrivent-ils à conjurer les accidents, c'est une débâcle plus ou moins complète de matières demi-liquides, mélangées de sang et de pus, qui se produit.

A cette période, la diarrhée rare au début devient fréquente; elle est due non à la stercorémie comme on l'a prétendu, mais à l'irritation de la muqueuse rectale, irritation qui par action réflexe agit à la fois et sur la sécrétion de l'intestin grêle et sur la contraction musculaire (QUÉNU). L'anus contre nature supprime cette diarrhée.

Ces troubles fonctionnels amènent rapidement des modifications de l'état général. L'amaigrissement, la cachexie s'accusent

sous l'influence de causes multiples : troubles dyspeptiques, diète volontaire à laquelle se soumettent les malades pour éviter la défécation, intoxication par résorption putride, hémorragies, douleurs, tout contribue à diminuer la résistance physique et à augmenter la dépression nerveuse.

PÉRIODE TERMINALE. COMPLICATIONS. — Ces complications résultent, d'une part, de la propagation du cancer aux tissus et aux organes voisins, d'autre part, de l'infection qui se produit au niveau des surfaces ulcérées. Les deux processus en réalité marchent souvent de pair.

Aux complications d'ordre septique, se rattachent les abcès péri-anaux et les fistules qui leur font suite — les phlegmons de la fosse ischio-rectale avec leur tendance au sphacèle, à la gangrène des parois — l'adénite cancéro-inflammatoire des ganglions de la région. La phlébite des membres inférieurs n'est pas rare : c'est une thrombose cachectique que favorise ici la communication facile entre les veines hémorroïdales inférieures et les veines des membres inférieurs.

D'autres complications sont dues à la propagation du cancer aux organes voisins. — Chez l'homme la propagation se fait surtout du côté des voies urinaires. A l'irritation de voisinage du début succède un véritable envahissement de la face postérieure de la vessie, de la prostate, de l'urèthre. Le processus va même jusqu'à l'ulcération et il en résulte des communications anormales entre le rectum et ces organes. Sans arriver à ces lésions graves, on voit souvent survenir des infections secondaires au niveau de ces viscères, mis ainsi en état de moindre résistance, cystite, pyélite, etc., qui viennent encore assombrir le pronostic.

Chez la femme, c'est l'extension à l'utérus, au vagin, que l'on observe avec ou sans perforation de la cloison.

Dans les deux sexes, les uretères peuvent se trouver lésés, soit par une infiltration véritable de leurs parois, soit par la compression qu'exerce sur eux une grosse masse ganglionnaire voisine. — Le même engorgement ganglionnaire explique l'œdème

des membres inférieurs et les douleurs vives dont les malades se plaignent. Enfin l'extension au cul-de-sac péritonéal est une complication grave. Elle peut ne pas se manifester bruyamment lorsque des adhérences protectrices ont le temps de se former, mais il se déclare parfois de véritables péritonites causées soit par propagation, soit surtout par une rupture qui succède à l'ulcération ou que provoque le météorisme (QUÉNU).

En arrière, la propagation au sacrum et à la colonne vertébrale n'est en somme pas très fréquente.

Nous ne ferons que signaler les complications à distance, plus rares, les escarres sacrées, les localisations secondaires au niveau du foie, de l'estomac, de la colonne vertébrale, etc.

ÉVOLUTION. FORMES. — Au point de vue des symptômes nous avons insisté sur la forme latente, la forme ichoreuse, la forme sténosante.

Au point de vue de la marche, le cancer du rectum est loin d'avoir toujours une évolution régulière dans les diverses phases de son évolution. A côté des formes lentes qui pendant longtemps présentent une tolérance remarquable, il y a des formes qui d'emblée ont une évolution rapide : ce sont celles qui correspondent aux cancers végétants ou épithéliomes mous. Il y a aussi les cancers sténosants dont la première manifestation peut être une crise aiguë d'obstruction intestinale.

Il est assez difficile de fixer la durée de la maladie, durée qui varie d'ailleurs encore avec le siège du néoplasme, le cancer de l'anus évoluant d'ordinaire moins vite que celui du rectum. De plus, comme le fait remarquer QUÉNU, ce que nous évaluons n'est pas la durée du mal, mais la durée de la période symptomatique. Elle varie comme limites extrêmes entre dix mois et cinq à six ans. Plus courte chez les sujets jeunes, elle est en moyenne de un an et demi à deux ans à partir des premiers symptômes jusqu'à la terminaison fatale. KRASKE (16 mois); STIERLIN (12 mois); HEUCK (19 mois); QUÉNU (18 mois).

La mort survient soit lentement par suite des progrès de la cachexie, soit plus rapidement quand une complication, hémorragie, péritonite, occlusion intestinale, urémie, ou encore une

complication pulmonaire intercurrente, pleurésie ou pneumonie, vient hâter le dénouement.

Diagnostic. — A la période de début, lorsqu'il n'existe que des troubles fonctionnels vagues, le cancer est souvent méconnu. Il faut penser au cancer du rectum, chez un malade de cinquante à soixante ans, qui s'affaiblit et qui se plaint de constipation opiniâtre, surtout s'il se produit de temps en temps des débâcles accompagnées de pertes sanglantes ou glaireuses.

La simple inspection de l'abdomen montre du météorisme, les anses intestinales apparaissent mobiles, se dessinant sous la paroi. La palpation permet quelquefois de sentir une tumeur abdominale ou tout simplement des matières accumulées dans le colon. Toutes ces données peuvent être utiles, mais les seuls renseignements certains sont fournis par le toucher rectal. Il est inutile d'insister sur son importance. Nous avons déjà dit comment on doit pratiquer ce toucher; insistons seulement sur la douceur plus que jamais nécessaire ici pour épargner au malade des douleurs très vives et pour éviter de fissurer ou même de rompre par des manœuvres trop brusques la paroi rectale envahie.

1° CANCER ANAL. — Quand le cancer a envahi la marge de l'anus, le diagnostic est des plus faciles; la simple inspection suffit. On voit d'ordinaire une masse bourgeonnante, une sorte de chou-fleur dont les végétations vasculaires saignent au moindre contact. Il est impossible de confondre ces végétations avec celles que l'on rencontre chez les femmes enceintes, les vénériens ou même les gens malpropres, ou encore avec les hémorroïdes qui sont molles, dépressibles, réductibles. Mais elles ressemblent parfois assez à de la tuberculose verruqueuse de l'anus pour que l'examen histologique soit nécessaire pour trancher le diagnostic. C'est surtout lorsque la tumeur, au lieu d'être végétante, se présente plutôt comme une infiltration de la peau qui tôt ou tard finit par s'ulcérer.

Si la tumeur siège encore dans l'intérieur du canal anal, le toucher rectal, ordinairement très pénible pour le malade, per-

met de sentir une tumeur dure sous forme de plaque dont le centre ulcéré est lisse ou anfractueux. Cette plaque est de dimensions variables : la pulpe de l'index en suit facilement les bords surélevés, mamelonnés, et en reconnaît la forme. Au delà des limites, la muqueuse saine et souple contraste avec l'induration des parties néoplasiques. Cette sensation n'est guère celle que donnent les ulcérations du rectum, simples, vénériennes ou tuberculeuses, qui, à part le chancre syphilitique, ne reposent pas sur une base indurée. Comme le répétait le professeur TRÉLAT, il n'y a pas de cancer ano-rectal sans tumeur. Dans le doute, l'examen histologique d'un fragment s'impose.

A la rigueur on pourrait confondre ce cancer au début avec une *hémorrhôïde thrombosée*, mais malgré la thrombose, les hémorrhôïdes restent plus dépressibles, elles n'ont pas la même évolution, elles sont mieux limitées, sans tendance à l'infiltration. Le diagnostic est surtout délicat lorsque le cancer débute au niveau d'une hémorrhôïde.

Le *chancre syphilitique* est induré, mais il est plus régulier, plus lisse, son évolution est rapide et bientôt surviennent des signes d'infection secondaire.

PONCET¹ rapporte plusieurs cas d'*actinomyose ano-rectale* caractérisés par du ténesme très accentué et de la tuméfaction péri-anale. L'affection siège en effet surtout dans le tissu cellulaire voisin et n'atteint pas la muqueuse rectale qui d'ordinaire est saine.

Le *polype* du rectum mieux pédiculé et de consistance plus molle, ne repose pas sur une base indurée.

2° **CANCER DE L'AMPOULE.** — Dans ce cas, le doigt après avoir franchi le sphincter sent sur une des parois de l'ampoule, soit, au début, une érosion cupulliforme, peu profonde, à bords indurés, se continuant insensiblement avec la muqueuse elle-même envahie, soit, plus tard une véritable ulcération intéressant la moitié, les trois quarts du rectum et tendant à prendre la forme annulaire. Le fond en est souvent anfractueux, végétant, les bords

¹ PONCET. *Ac. Médecine*, 1898, t. XL, p. 168.

mamelonnés, irréguliers et durs. Le calibre de l'intestin est diminué à ce niveau ; on sent que les parois ont perdu un peu de leur souplesse (infiltration de la sous-muqueuse) et une exploration attentive permet souvent de percevoir à travers la muqueuse saine et mobile, de petites tumeurs grosses comme un grain d'avoine, un pois, incluses dans la paroi rectale elle-même. Cette constatation est importante à faire, l'opération, pour être complète, devant supprimer cette « graine de cancer » aussi bien que la tumeur principale.

Le cancer occupe-t-il toute la circonférence du rectum, le doigt pénètre alors au milieu d'une masse irrégulière, fongueuse en certains points, indurée en d'autres. Il a peine à retrouver la lumière de l'intestin au milieu de ces anfractuosités, de ces culs-de-sac, et bien souvent ce qu'il prend pour le calibre du canal n'est qu'une excavation plus profonde, un cul-de-sac plus développé. Le doigt arrive parfois à franchir le point rétréci et à dépasser les limites du néoplasme, non sans provoquer une légère hémorragie ; il revient chargé de débris sanieux, répandant une odeur infecte, caractéristique pour ALLINGHAM.

Chez la femme, le toucher vaginal peut donner de précieux renseignements ; on doit toujours le pratiquer, et combiné au toucher rectal, il permettra d'apprécier l'intégrité ou le degré d'infiltration de la paroi recto-vaginale.

Le diagnostic dans ces formes est des plus simples ; l'extrémité d'un boudin d'*invagination intestinale* ne saurait donner le change à un observateur attentif.

Dans les formes massives, infiltrées, sténosantes, le cancer se présente absolument comme un *rétrécissement inflammatoire* avec lequel il devient alors facile de le confondre. Le rectum induré forme une sorte d'entonnoir, à parois irrégulières, lisses, fissuriques par places, mamelonnées en d'autres, sur une étendue d'ailleurs variable. Le calibre peut être fortement diminué et l'index ne pas pouvoir franchir le sommet du rétrécissement. Malgré des symptômes physiques et fonctionnels à peu près semblables, le rétrécissement pourtant se distingue par sa marche plus lente, son moindre retentissement sur l'état général. Il est plus régulier comme forme, plus localisé au rectum, et