

**Traitement.** — Quand on a la certitude que la plaie est incomplète, la principale indication est d'aseptiser le rectum. Pour cela, il faut le débarrasser de toute matière fécale par de grandes irrigations à l'eau boriquée chaude, puis injecter du lait de bismuth, de façon que la poudre médicamenteuse se dépose sur toute la paroi rectale, et établir une constipation artificielle en administrant de l'opium à doses fractionnées, 10 ou 12 centigrammes d'extrait thébaïque en vingt-quatre heures. Si l'hémorragie paraît menaçante et résiste aux injections d'eau très chaude, on s'efforcera, après avoir dilaté l'anus, de lier ou au moins de pincer le vaisseau qui saigne : le pincement et la ligature sont beaucoup plus sûrs que la compression. Cependant il faut savoir comment on peut réaliser cette dernière pour le cas où il serait impossible de faire la ligature ou la forcipressure. Jadis on introduisait par l'anus un segment de boyau et on le gonflait lorsqu'il était en place en y injectant de l'eau. On arrive au même résultat avec le pessaire de Gariel. Si l'on fait le tamponnement avec de la gaze, on aura soin de mettre un tube au milieu des tampons pour laisser passer les matières et les gaz. Mais, je le répète, la compression n'est pas un bon moyen d'arrêter les hémorragies rectales. Dans les blessures qui siègent haut, elle est difficile à réaliser et elle est dangereuse, car elle pourrait, en distendant l'intestin, transformer une plaie incomplète en rupture complète. Ce n'est donc que dans les lésions de la portion sous-péritonéale qu'on pourrait l'employer, et seulement, à mon avis, dans les cas où il serait impossible de faire mieux.

Dans les plaies complètes, évidemment on se comportera de tout autre façon.

Les plaies perforantes de la région intra-péritonéale rentrent dans le cadre des plaies de l'intestin. Lorsqu'on sera appelé quelques heures après l'accident, on fera immédiatement la laparotomie et l'on suturera. Les difficultés peuvent être considérables, car le rectum est, en raison de sa profondeur, de toutes les portions de l'intestin la plus difficile à aborder. Le plan incliné rend alors de signalés services. Quand on est appelé seulement vingt-quatre ou trente-six heures après le traumatisme, les indications sont moins précises. S'il n'y a aucune réaction péritonéale, c'est que des adhérences se sont déjà formées ; il est alors peut-être plus sage d'attendre et de prescrire l'opium. Au contraire, lorsqu'il y a des signes de péritonite, si faibles que soient les chances de succès, on doit intervenir tant qu'on peut espérer que le malade est en état de supporter l'opération.

Ce sont les phlegmons et cellulites pelviennes qui font le danger des plaies de la portion sous-péritonéale. On s'efforcera d'en prévenir le développement. Comment atteindre ce but ? Il est bien difficile de donner pour cela des règles générales. C'est affaire de cas particuliers. S'il s'agit d'une petite plaie, qu'on soit appelé presque

immédiatement après le traumatisme, que le rectum soit vide, on peut réussir en faisant une suture après un nettoyage soigné. S'il s'agit au contraire d'une plaie vaste déjà souillée de matières fécales, la suture ne saurait réussir, et il peut être indiqué de fendre largement le périnée. Encore une fois, c'est affaire d'appréciation pour chaque cas. Plus tard, lorsque les complications septiques ont déjà paru, il faut se comporter comme dans tous les phlegmons pelviens.

Lorsqu'il y a blessure simultanée de plusieurs organes, on est conduit à pratiquer des interventions compliquées, dans le détail desquelles je ne puis entrer ici.

## II

## INFLAMMATIONS

C'est un cadre très vaste que celui des inflammations. Il faut y établir des divisions. J'étudierai d'abord les inflammations du rectum lui-même, c'est-à-dire les *rectites* ou *proctites*, puis les inflammations du tissu conjonctif péri-ano-rectales.

Ces rectites elles-mêmes doivent être divisées en deux grandes classes : les *rectites aiguës*, parmi lesquelles je rangerai la *blennorragie ano-rectale*, et les *rectites chroniques*. Ces dernières comprennent deux variétés : les *rectites hypertrophiques* proliférantes ou sténosantes, et les *rectites ulcéreuses*. Je rattacherai à ces dernières les *fissures*.

Les inflammations du tissu cellulaire comprennent, d'une part les *phlegmons* et *abcès aigus*, et d'autre part les *abcès froids*, la *tuberculose péri-anale*. Les *fistules* se rattachent directement à ces inflammations dont elles sont les conséquences.

## 1° RECTITES AIGUES.

Les rectites aiguës sont dues à des infections microbiennes. La bactériologie n'en a pas été suffisamment étudiée pour qu'on puisse en distinguer plusieurs variétés correspondant aux agents pathogènes. Quand bien même elle serait mieux connue, je ne sais pas s'il y aurait grand intérêt à multiplier les divisions, car la clinique, qu'il ne faut pas perdre de vue quand il est question de maladies, ne les justifie pas. Je ne vois même pas d'avantage à séparer la rectite blennorragique des autres, et je la décrirai ici.

**Étiologie.** — L'étiologie des rectites est abondante et variée.

1° Elles sont dues parfois à l'extension d'une lésion inflammatoire siégeant plus haut ; elles succèdent à une colite ou une entéro-colite. La dysenterie peut s'étendre au rectum et les ulcérations de la fièvre

typhoïde s'étendent quelquefois jusque dans ce viscère. Mais ce sont là des causes rares.

2° Dans certains cas, l'inflammation se propage non pas des parties plus élevées de l'intestin, mais des organes voisins, prostate et vésicules séminales chez l'homme, annexes de l'utérus chez la femme. Tantôt c'est un abcès qui s'ouvre dans le rectum et le contamine directement; tantôt l'inflammation se propage de proche en proche. Rien n'est plus fréquent que la rectite membraneuse chez les femmes atteintes de salpingite.

3° Certains médicaments sont capables de provoquer des rectites. Ils agissent en déterminant soit des nécroses, soit des congestions de la muqueuse, nécroses ou congestions qui favorisent l'action des microbes toujours nombreux dans le tube digestif. Dans les empoisonnements par le mercure, le rectum est presque toujours altéré. Certains purgatifs ont une action particulièrement nocive quand ils sont pris en excès. Parmi ceux-là il faut citer au premier rang l'aloès et la coloquinte.

4° Les traumatismes, en altérant la muqueuse, amènent aussi des rectites. Nous avons vu qu'elles sont fréquemment déterminées par les corps étrangers. Les vers intestinaux, les oxyures ont à ce point de vue une action particulièrement nocive. Dans les prolapsus, la muqueuse, perpétuellement exposée à des froissements ou à des frottements, finit toujours par s'enflammer. C'est une véritable rectite traumatique.

5° D'autres lésions rectales sont également causes de rectite. Les polypes en déterminent quelquefois, plus souvent les hémorroïdes. Les inflammations dont elles sont le siège se propagent d'autant plus facilement aux parties voisines que leur trophicité est altérée.

6° On connaît deux espèces de rectite spécifique, la *rectite diphtérique*, qui n'a pas d'intérêt chirurgical, et la *rectite blennorragique*. Cette dernière, signalée pour la première fois par Hecker en 1788, étudiée par Requin, Gosselin, Rollet, était cependant restée douteuse jusqu'aux expériences que fit Bonnière en 1874. Cet auteur recueillit du pus sur une femme atteinte d'ophtalmie blennorragique et chercha à lui inoculer successivement l'anus et le rectum. Le résultat fut positif pour l'anus, négatif pour le rectum. Il en conclut à tort que la muqueuse rectale était réfractaire. Depuis la découverte du gonocoque, l'existence de la rectite blennorragique a été positivement démontrée nombre de fois. Bumm, Neisser, Wolf, Frisch et bien d'autres depuis ont constaté la présence du gonocoque dans des suppurations rectales.

Mais si la rectite blennorragique existe incontestablement, on est bien loin d'être fixé sur son degré de fréquence. Tandis que les gens les mieux placés pour l'observer, Taylor, Diday, D. Mollière, Allingham, Tardieu la déclarent tout à fait exceptionnelle, d'autres la croient fré-

quente. Baer dit l'avoir rencontrée 67 fois sur 191 femmes atteintes de gonorrhée, ce qui donne la proportion énorme de 35 p. 100. Si ces chiffres sont exacts, il faut admettre qu'un grand nombre de blennorragies rectales donnent assez peu de symptômes pour passer inaperçues.

Les femmes sont plus fréquemment atteintes que les hommes. Tantôt le rectum est le seul ou le premier organe atteint, l'infection étant apportée du dehors par des rapports contre nature ou bien par des objets de pansement, des instruments, un thermomètre. Tantôt il existe antérieurement chez le malade une blennorragie génitale et le rectum est contaminé secondairement. Les choses se passent souvent ainsi chez la femme, où les sécrétions vaginales cheminent facilement le long du périnée jusqu'à l'anus. Ce mode de contamination est plus rare chez l'homme. Le pus virulent peut cependant être transporté du méat urinaire à l'anus par le linge ou les pansements chez les gens mal tenus. Le malade de Rollet s'inocula en introduisant son doigt dans le rectum pour triompher d'une constipation opiniâtre. Enfin on a cité quelques cas exceptionnels (Pœlchen, Nickel, Neuberger) où des abcès blennorragiques de la prostate, de la glande de Bartholin, s'ouvrirent dans le rectum et l'inoculèrent.

7° Quant à l'action du froid ou de la goutte, incriminée par Bush et par Curling, elle est problématique.

**Anatomie pathologique.** — L'anatomie pathologique des rectites aiguës ne présente absolument rien de particulier. Les lésions sont d'ordre banal; ce sont celles qu'on trouve sur toutes les muqueuses enflammées, à tel point que je n'en dirais rien si j'étais sûr que les lecteurs fussent suffisamment instruits en pathologie générale.

Histologiquement voici ce que l'on constate: les cellules cylindriques de l'épithélium se desquament; des cellules migratrices uni ou polynucléées cheminent dans le chorion muqueux, et si l'inflammation est vive on trouve une infiltration embryonnaire jusque dans la musculature. Ces lésions sont communes à toutes les rectites aiguës, aussi bien aux plus banales qu'à la rectite blennorragique dont Frisch a étudié l'histologie.

Les altérations peuvent aller plus loin. Si l'inflammation est plus vive, la desquamation épithéliale, qui n'est en général que parcellaire, peut frapper de petits îlots et il se produit des ulcérations susceptibles de s'agrandir.

Lorsque l'infiltration leucocytaire ou embryonnaire des zones sous-muqueuses est très intense, il se forme parfois des abcès qui décollent la muqueuse. Celle-ci, privée de ses moyens de nutrition, peut même se sphacéler lorsque les abcès et le décollement sont étendus, ce qui d'ailleurs est rare.

Quand l'inflammation dure et tend à passer à l'état chronique,

on observe d'autres lésions. Tantôt les glandes s'atrophient et disparaissent; tantôt au contraire elles s'hypertrophient. Dans un cas de rectite blennorragique datant de plusieurs mois, Frisch a trouvé autour des ulcérations des culs-de-sac glandulaires en voie de prolifération telle qu'ils constituaient une sorte d'adénome inflammatoire. J'ai montré ailleurs (1) que l'inflammation a la puissance de déterminer des néoformations glandulaires. Les constatations de Frisch sont tout à fait d'accord avec la théorie que je soutiens sur la nature des adénomes.

Les rectites, lorsqu'elles durent un peu, peuvent donc affecter deux types. Dans l'un, le tissu conjonctif prolifère beaucoup et étouffe les glandes; dans l'autre, au contraire, les glandes s'hypertrophient. Donc, en suivant la nomenclature qui a été adoptée pour l'utérus, on est autorisé à dire qu'il y a des *rectites interstielles* et des *rectites glandulaires*. Il est possible que ces deux formes correspondent à des agents pathogènes spéciaux.

Ces agents, je l'ai déjà dit, n'ont été que bien peu étudiés. Le gonocoque est le mieux connu. Frisch a constaté que là comme ailleurs il reste au voisinage de l'épithélium. Dans les blennorragies un peu anciennes, d'autres microbes sont toujours associés au gonocoque.

**Symptômes.** — Les rectites aiguës s'annoncent par des démangeaisons, une sensation de pesanteur, de chaleur, de battements. Dans les formes très aiguës, les douleurs paraissent bientôt et deviennent très vives. Elles sont augmentées par la station debout, augmentées surtout par la défécation. Elles s'irradient du côté du coccyx, des lombes, du périnée, de la verge. Souvent paraissent des épreintes fort pénibles; au ténesme rectal s'ajoute même parfois du ténesme vésical, qui augmente les souffrances. Au moment de ces épreintes, les malades laissent couler involontairement des glaires, du muco-pus qui s'échappent quelquefois en fusées infectes.

Les selles sont striées de pus ou même de sang. Lorsque la desquamation épithéliale est très abondante, des sortes de lamelles, des membranes sont émises avec les matières fécales. Cela s'observe surtout dans certaines formes subaiguës ou même chroniques, auxquelles on donne le nom de *rectite membraneuse*.

Lorsque le pus est très abondamment sécrété, il s'écoule non seulement au moment des selles, mais aussi en dehors d'elles. Dans certains cas, il suinte continuellement, goutte à goutte.

La région anale, le périnée, sans cesse souillé, s'irrite et rougit. A l'inspection, on est d'abord frappé par cet érythème qui peut s'étendre sur les fesses et sur le scrotum. Parfois, surtout chez les enfants, la muqueuse anale, œdématiée, fait saillie hors de

(1) Voy. t. I de ce traité, p. 493 à 512.

l'anus : c'est une sorte de chemosis ou d'ectropion inflammatoire.

Le toucher, qui est très douloureux, ne fournit guère que des renseignements négatifs. Quant à l'examen au spéculum ani, il est si douloureux qu'on ne pourrait guère le faire que sous le chloroforme. Aussi n'y a-t-on pas recours. Mais il est quelquefois indiqué d'employer la dilatation anale comme moyen de traitement. On peut alors voir la muqueuse turgescence et rouge, tantôt sèche avec de petites taches d'un rouge plus intense, tantôt recouverte de traînées de muco-pus ou même d'exsudats diphtéroïdes avec de petites ulcérations.

Dans les rectites très aiguës, l'état général peut être touché : état saburral, inappétence, légères élévations de température.

J'ai décrit les formes aiguës. On imaginera facilement ce que sont les formes moins intenses. Dans certains cas tout se borne à un peu de sensibilité au moment des garde-robes. Il en est probablement souvent ainsi dans la rectite blennorragique. Dans dix cas, Jullien (1) n'a observé aucun phénomène subjectif, aussi soutient-il que la blennorragie rectale est le plus souvent chronique d'emblée.

L'évolution des rectites aiguës est variable. Il en est qui après une période d'acuité d'une huitaine de jours, rétrocedent vite et guérissent complètement. D'autres au contraire passent à l'état chronique. Le pronostic doit donc être réservé dans une certaine mesure, car les rectites chroniques sont graves.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ne présente aucune difficulté. Mais il est très important de bien chercher s'il n'existe pas quelque autre affection ayant déterminé secondairement la rectite. C'est en somme faire un diagnostic étiologique.

La rectite blennorragique se reconnaît surtout à la concomitance d'autres accidents de même nature. Lorsqu'elle est primitive, on peut la soupçonner, si on ne trouve aucune autre cause, si l'écoulement est abondant, épais et jaunâtre, mais on ne peut l'affirmer qu'après avoir constaté la présence du gonocoque.

**Traitement.** — Une première indication, c'est de diminuer la quantité des matières fécales et de les aseptiser autant que possible. Pour cela, on supprimera tous les aliments qui laissent de gros résidus et on administrera du benzo-naphtol à l'intérieur. Dans certains cas, il peut être nécessaire de mettre le malade au régime lacté. Il faut en même temps éviter la constipation et donner des purgatifs légers, ou plutôt des laxatifs salins, si elle a la moindre tendance à se produire.

Localement on conseille les bains de siège. Les lavements sont très douloureux pendant la période de grande acuité. On doit alors recourir aux suppositoires iodoformés, belladonnés ou même cocaïnés. On obtient de très bons résultats en associant l'iodoforme à la cocaïne.

(1) Louis JULLIEN, *Congrès franç. de chir.*, 1896, p. 46.

Lorsque le ténésme devient très douloureux, on peut suivre le conseil de Tuttle et pratiquer la dilatation de l'anus. Elle a le double avantage de diminuer les douleurs et de permettre d'agir plus directement sur la muqueuse rectale.

Dès que l'acuité diminue, il faut recourir aux grandes irrigations rectales. Il est bon de débarrasser d'abord le rectum du pus, du mucus, des matières fécales qu'il contient, par un lavage à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée. On donne ensuite une irrigation antiseptique (sublimé faible ou permanganate) et on administre enfin un petit lavement, 200 à 250 grammes de lait de bismuth. Ce petit lavement doit être gardé de manière que la poudre de bismuth se dépose sur toute la paroi rectale.

Plus tard, il peut être nécessaire de faire des attouchements avec des solutions de sulfate de zinc, de nitrate d'argent. C'est alors que les lavements au tanin et au ratanhia peuvent aussi rendre des services.

Certes il ne faut pas exagérer l'emploi des topiques locaux et substituer à l'irritation microbienne une irritation médicamenteuse, mais il ne faut pas non plus se contenter de guérisons incomplètes, d'améliorations, et laisser la rectite passer à l'état chronique.

#### RECTITES CHRONIQUES HYPERTROPHIQUES.

L'histoire des rectites chroniques est loin d'être complètement élucidée. Leur gravité est telle qu'elles ne pouvaient passer inaperçues. Mais on a décrit isolément leurs diverses manifestations sans voir qu'elles faisaient partie d'un même ensemble. J'ai cherché pour la première fois à en faire la synthèse dans un mémoire que j'ai publié, avec la collaboration de mon interne M. Mouchet, sous le titre de *Rectite hypertrophique proliférante et sténosante*. Ce titre compréhensif était destiné à montrer que la rectite chronique simple, la rectite proliférante, les rétrécissements (rectite sténosante) sont les résultats d'un même processus inflammatoire. Dans ma pensée, les rectites chroniques comme les urétrites chroniques sont des maladies inflammatoires, qui peuvent amener simultanément ou séparément la production de végétations (rectite proliférante), la production de rétrécissements (rectite sténosante), sans qu'aucun de ces termes soit d'ailleurs absolument fatal.

**Anatomie pathologique.** — J'essaierai dans cette description de suivre les lésions depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes.

On vient de voir que dans les rectites qui durent, qui tendent à passer à l'état chronique, il se produit des modifications glandulaires. Tantôt les glandes s'hypertrophient, tantôt elles s'atrophient. J'ai déjà dit que cette différence d'évolution permettait de distinguer deux types de rectite, la rectite glandulaire et la rectite interstitielle.

La rectite glandulaire est la plus rare. Cunéo et Durieux (1) en ont publié un exemple très remarquable. L'hypertrophie glandulaire y constituait véritablement un adénome inflammatoire. Il y a là une forme de transition des plus intéressantes, qui conduirait aux adénomes pédiculés, aux polypes. Mais je ne veux pas suivre ici cette évolution jusque-là. Je décrirai, suivant l'habitude classique, ces adénomes dans le chapitre des tumeurs.

Le plus souvent les rectites chroniques hypertrophiques sont interstitielles. Les glandes s'atrophient et même disparaissent complètement. Dans les cas un peu anciens on n'en trouve plus trace. Je ne connais qu'un cas (Gérard-Marchant, Sourdille) où les glandes aient persisté intactes.

L'épithélium subit aussi des modifications considérables, une véritable transformation. De cylindrique, il devient pavimenteux stratifié, et prend le type malpighien. Dans l'un des cas que j'ai étudiés (2), la transformation était complète: grandes celluleuses malpighiennes dans la profondeur, stratum granulosum avec belles gouttelettes d'éléidine, couche cornée. Dans les cas anciens et graves, il se produit des ulcérations. A leur niveau, l'épithélium manque naturellement. Dans les rétrécissements, ces ulcérations sont parfois très étendues et l'épithélium peut manquer dans presque toute la zone malade.

Les altérations de l'épithélium et des glandes ne vont pas sans modification des autres parties de la muqueuse et des autres tuniques du rectum.

L'inflammation désorganise la muqueuse et tend à la détruire. Nous avons déjà vu que les glandes disparaissent; il en est de même de la muscularis mucosæ. Dans les cas un peu anciens, on ne peut distinguer ni macroscopiquement ni microscopiquement la muqueuse de la celluleuse. Tout est transformé en une masse fibreuse sur laquelle repose directement l'épithélium. C'est ce degré extrême que l'on trouve dans les rectites sténosantes, dans les rétrécissements. On comprend qu'entre l'état d'intégrité et la fusion complète, il puisse y avoir bien des intermédiaires.

Dans certaines formes, le rectum est couvert de saillies irrégulières. Ces saillies avaient été désignées par Rognetta sous le nom de verrues de l'intestin. La plupart des auteurs, plus particulièrement frappés sans doute de celles qui siègent au niveau de l'anus, continuèrent à les décrire sous le nom de condylome. P. Hamonic, sous l'inspiration de Trélat, a consacré sa thèse à l'étude de cette forme de rectite qu'il a appelée *rectite proliférante*.

Les saillies, suivant les cas, suivant aussi le degré et l'ancienneté des lésions, se présentent sous des aspects fort divers. Tantôt ce sont

(1) CUNÉO et DURIEUX, *Journ. des prat.*, 1898, p. 179.

(2) VOIR DELBET et MOUCHET, *Arch. gén. de méd.*, novembre 1893, p. 513.

de petites verrucosités peu saillantes qui tapissent toute la partie inférieure du rectum et lui donnent l'apparence d'une peau de chagrin. Un peu plus saillantes, elles prennent un aspect velvétique. Dans d'autres cas, ces végétations sont moins nombreuses, plus espacées, mais aussi plus volumineuses. Entre chacune d'elles la muqueuse est peu altérée. Elles acquièrent alors le volume d'une noisette, d'une noix ; elles peuvent même devenir beaucoup plus volumineuses. Ce sont ces grosses végétations que Reclus a désignées sous le nom de *molluscum fibreux de la région ano-rectale*. L'examen histologique du cas qui a servi de point de départ à l'intéressant travail de Reclus avait été fait par Malassez.

La structure des végétations est variable. Quelques-unes, je l'ai dit, sont formées de glandes hypertrophiées et constituent des adénomes inflammatoires. Cette forme est certainement la plus rare.

Dans d'autres cas, il s'agit de véritables papillomes, c'est-à-dire qu'on trouve sur les coupes des végétations, des saillies papillaires exagérées entre lesquelles l'épithélium devenu pavimenteux envoie des prolongements. C'est une structure identique à celle des végétations génitales connues sous le nom de crêtes de coq et qui sont aussi des produits d'ordre irritatif.

Le plus souvent, les végétations rectales sont constituées tout simplement par du tissu conjonctif plus ou moins œdémateux et présentant des caractères inflammatoires plus ou moins accentués. C'est une végétation de cet ordre que Reclus et Malassez ont étudiée et qualifiée de *molluscum fibreux*.

Toutes ces végétations, quelle que soit leur structure, ont une même origine inflammatoire. Ce sont les résultats un peu variables d'une même maladie, la rectite hypertrophique. J'ai exposé cette conception de la rectite chronique hypertrophique dans le mémoire que j'ai publié en collaboration avec Mouchet ; j'y suis revenu dans le cours que j'ai fait à la Faculté de 1896-1897, et dans diverses leçons cliniques. J'y insiste encore aujourd'hui. La rectite proliférante d'Hammonic, le *molluscum fibreux* de Reclus et Malassez, sont à mon sens deux modalités d'une seule et même maladie, et je fais rentrer dans le même groupe le rétrécissement dit syphilitique.

Hammonic a soutenu que la rectite proliférante était une maladie spéciale n'ayant pas de rapport avec le rétrécissement dit syphilitique. Je ne puis admettre cette manière de voir. J'ai soutenu et je soutiens exactement le contraire. Encore une fois la rectite proliférante, les *molluscum fibreux* et les rétrécissements ne sont que des modes de la rectite hypertrophique. L'extrême fréquence de la coexistence des deux lésions suffit à prouver leur communauté d'origine. Mon élève et ami, Clamouse, dans son excellente thèse, a relevé les observations à ce point de vue. Sur 81 cas de rétrécissement dit syphilitique où l'état de la muqueuse est noté, il y en a 73 où existaient des végétations.

La coexistence des deux lésions est donc la règle et la rectite à la fois proliférante et sténosante est la forme la plus habituelle de la rectite hypertrophique.

Ces rétrécissements inflammatoires ont des caractères très constants et très particuliers. Ils sont en général uniques ; les rétrécissements multiples existent, mais ce sont de très rares exceptions.

Ils siègent bas, commençant quelquefois au niveau de l'anus, mais plus habituellement au-dessus de lui.

Ils n'ont qu'une faible hauteur. La partie rétrécie mesure verticalement de 2 à 4 centimètres en moyenne, de telle sorte que le point le plus coarcté est situé à 4, 5 ou 6 centimètres de l'anus. C'est la règle ; mais il est des cas rares où les lésions bien plus étendues remontent jusqu'au côlon et peuvent même l'occuper tout entier.

La forme du rétrécissement est encore bien plus caractéristique que son siège. Il est annulaire, c'est-à-dire que les lésions occupent tout le pourtour du rectum, sans être plus accentuées sur une paroi que sur une autre. Il est conique dans le sens vertical, orienté de telle façon que la base du cône est en bas et le sommet tronqué en haut. Il a donc la forme d'un entonnoir renversé. Il commence en bas d'une manière insensible, se resserre de plus en plus et cesse brusquement en haut au-dessus du point le plus rétréci. Sur une coupe, on le voit commencer en pente douce, en talus, et se terminer au contraire d'un seul coup par un épaulement abrupt.

Le degré de la sténose varie naturellement avec l'âge de la maladie. On voit des rétrécissements jeunes qui admettent l'index, et d'autres plus avancés qui ne laissent plus passer qu'une bougie urétrale. Mais je ne sais pas qu'on ait jamais vu la lumière du canal se fermer complètement et le rétrécissement se transformer en atrésie.

Au-dessus du rétrécissement, on peut trouver des lésions de rectite proliférante remontant très haut. Ces lésions sont concomitantes de celle qui produit le rétrécissement et de même nature.

Lorsque la rectite primitive est très circonscrite, on trouve au-dessus du point rétréci des lésions secondaires. Ce sont des ulcérations. Dans les cas extrêmes, il n'existe qu'une seule ulcération, mais très vaste, qui occupe toute la périphérie du rectum et mesure verticalement 10 et 12 centimètres. Elle s'arrête brusquement en haut, surmontée d'un bourrelet de muqueuse épaissie. Reinhardt montre que cet épaississement est dû à l'hypertrophie des glandes tubuleuses, hypertrophie qui peut être telle qu'Esmarch s'est demandé dans quelques cas si un épithéliomè n'était pas venu se greffer sur l'ulcération.

Il suffit d'ajouter qu'on trouve d'une manière à peu près constante au-dessus du rétrécissement une hypertrophie compensatrice de la tunique musculaire.