

Ce chirurgien imbibait d'acide sulfurique ou d'acide azotique un tampon qu'il plaçait sur l'anus, en ayant soin de l'enfoncer de quelques lignes dans l'intestin. Aichin (1), en Angleterre, introduisait un spéculum bivalve dans l'anus, en écartait les branches et portait un morceau d'étoffe imbibée d'acide nitrique dans son intérieur. Au bout de dix secondes, il remplaçait le tampon par un morceau de glace enveloppé dans un linge. Il obtenait, de cette façon, deux eschares linéaires. Allingham touche avec l'acide nitrique concentré toute l'étendue de la tumeur en prenant soin d'éviter le pourtour de l'anus. La tumeur est ensuite huilée et remise en place, et le rectum tamponné avec du coton. On applique extérieurement un tampon de ouate fixé par un bandage. Pendant quatre jours on prévient les garde-robes au moyen de quelques préparations opiacées, et, enlevant alors le pansement, on donne un peu d'huile de ricin. Suivant Allingham, ce traitement donne de très-bons résultats chez l'enfant, mais il n'en est déjà plus de même chez l'adulte. Chez ce dernier, on doit employer l'acide nitrique fumant, ou mieux encore le nitrate acide de mercure; mais la guérison n'est souvent que momentanée. Comme chez l'enfant, l'intestin doit être huilé avant d'être réduit, et la constipation maintenue pendant quelques jours. Chez les individus âgés ou d'une constitution délabrée, les applications très-larges d'acide sont à éviter, parce qu'il peut en résulter un rétrécissement consécutif du rectum ou une hémorrhagie sérieuse, au moment où l'eschare se détache.

Allingham s'est également servi quelquefois d'acide phénique concentré. Cet acide, ne donnant pas lieu à des eschares, peut être appliqué tous les jours; mais l'effet produit n'est pas aussi durable que celui qu'on obtient au moyen du nitrate acide de mercure.

Les *injections caustiques*, conseillées autrefois, doivent être proscrites d'une manière absolue.

3° *Procédés s'adressant au sphincter ou au plancher périnéal.* — De toutes les méthodes à l'aide desquelles on a eu l'idée de rétrécir l'orifice anal, la plus anciennement connue est la *cautérisation au fer rouge*.

Guersant, afin de rendre au sphincter sa tonicité, conseille d'appliquer quatre boutons de feu, disposés en croix, au pourtour de l'anus, au point où la muqueuse et la peau viennent se confondre. Ce procédé agit, soit en réveillant la contractilité et la tonicité des fibres musculaires, soit en produisant quatre petites cicatrices rétractiles sur les bords de l'anus. Quelquefois une seconde cautérisation est nécessaire pour la guérison, qui, à peu d'exceptions près, est la règle chez les enfants.

L'*excision rayonnée des plis de l'anus* a été proposée et pratiquée pour

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1855, n° 80.

la première fois par Dupuytren (1). Cette opération consiste à saisir successivement avec des pinces à dissection, à droite et à gauche, et même en avant et en arrière, un certain nombre des plis rayonnés de l'anus, et de les exciser avec des ciseaux courbes sur le plat. Il est bon d'exciser jusque dans l'orifice même et de ne pas craindre d'enlever une petite portion de muqueuse. On doit à ce procédé un assez grand nombre de succès. Il a l'avantage d'être expéditif, peu douloureux, et de ne réclamer aucun soin consécutif. La cicatrisation des petites plaies amène un resserrement de l'orifice anal, qui doit s'opposer à la sortie ultérieure de l'intestin. Mais ce procédé présente aussi certains inconvénients; il expose à l'érysipèle, au phlegmon diffus, et, si l'on excise trop de muqueuse, à une hémorrhagie; enfin, on n'obtient souvent que des guérisons temporaires, la récurrence survenant après un temps variable.

Signalons en terminant le procédé de Robert (2) pour la cure radicale du prolapsus du rectum. Ce chirurgien, après avoir préparé le malade à supporter une longue constipation, pratique deux incisions, qui, partant de la pointe du coccyx ou un peu en avant de cette pointe, et divergeant en V, viennent aboutir sur les parties latérales de l'anus. On dissèque soigneusement le lambeau compris entre les incisions, puis on excise la partie postérieure du sphincter anal. Après avoir pratiqué ainsi une large perte de substance, on réunit les deux lèvres de la plaie à l'aide de trois points de suture enchevillée, en ayant soin d'embrasser avec des aiguilles courbes toute la profondeur des tissus divisés, et d'affronter les surfaces. Ce procédé a donné quelquefois des guérisons durables, mais il ouvre la porte à tous les accidents des plaies.

§ IX. — Rétrécissements du rectum.

Les anciens confondaient toutes les coarctations du rectum avec le cancer ligneux, le squirrhe; ce fut Morgagni qui, l'un des premiers, jeta quelque jour sur les causes de cette affection, et sut découvrir les rapports fréquents qu'elle présente avec l'infection syphilitique.

L'influence de cette diathèse, après avoir été longtemps débattue, est aujourd'hui généralement admise, mais on discute encore sur la nature même des rétrécissements que l'on observe chez les syphilitiques, et la plupart des mémoires publiés depuis quelques années ont eu pour objet de déterminer la pathogénie de ces rétrécissements.

(1) *Clin. chirurg.*, t. IV, p. 149.

(2) *Bull. de l'Académie de médecine*, 1843, t. X, p. 88.

BÉRARD et MASLIEURAT-LAGÉMARD. *Mém. et obs. sur les rétrécissements organiques du rectum* (Gaz. méd. de Paris, 1839, p. 145). — GOSSELIN, *Rech. sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (Archiv. gén. de méd., 1854). — PERRET, *Des rétrécissements du rectum dus à l'inflammation*, thèse de Paris, 1855. — Virgile DORNIER, *Des rétrécissements fibreux du rectum*, thèse de Paris, n° 141, 1868. — P. M. LE GLOAHEC, *Du rétrécissement syphilitique du rectum*, thèse de Paris, n° 220, 1869. — MURON, *Rétrécissements fibreux, leur nature* (Gazette médicale, 15 mars 1873). — GODEBERT, *Essai sur les rétrécissements syphilitiques du rectum*, thèse de Paris, 1873. — A. FOURNIER, *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, syphilome ano-rectal, rétrécissement syphilitique du rectum*, Paris, 1875, et *France méd.*, nos 80, 83, 87, 90, 1874. — A. GARSAX, *Contribution à l'étude d'une variété de rétrécissements du rectum; rétrécissements partiels sous-muqueux*, thèse de Paris, 1877.

Nous n'étudierons pas ici les rétrécissements *congénitaux*, ces derniers devant être décrits avec les vices de conformation de l'anus et du rectum. Nous laisserons aussi de côté les rétrécissements que l'on pourrait appeler *extrinsèques*, et qui sont dus, soit à un corps étranger obstruant la lumière du canal, soit à une tumeur du bassin comprimant la dernière portion du tube digestif. Restent donc les rétrécissements *spasmodiques* et *organiques*.

Mais le spasme essentiel du rectum existe-t-il? Tous les auteurs admettent que si le spasme joue un rôle important dans les affections du rectum, il a toujours, comme point de départ, une fissure à l'anus ou toute autre lésion. Aussi nous bornerons-nous simplement à décrire les coarctations *intrinsèques* du rectum, c'est-à-dire celles qui tiennent à une altération des tuniques propres du rectum. Encore, devons-nous distraire de cette étude les dégénérescences cancéreuses qui ont été précédemment étudiées.

ÉTIOLOGIE.—PATHOGÉNIE.—Les rétrécissements du rectum s'observent assez rarement, et si Allingham a pu établir la proportion de quatre cas de rétrécissements sur cent maladies du rectum, c'est qu'il a fait rentrer dans sa statistique les simples contractures du sphincter, que le toucher peut faire prendre pour des rétrécissements, mais qui, symptomatiques d'une ulcération de l'anus ou de toute autre lésion de l'intestin, disparaissent aussitôt que le malade est soumis à l'anesthésie chloroformique.

L'étiologie et la pathogénie des rétrécissements du rectum sont encore très mal connues, quoiqu'elles aient donné lieu à un très grand nombre de travaux et de discussions.

L'influence de l'âge est absolument nulle, car on peut rencontrer les rétrécissements du rectum à toutes les époques de la vie. S'ils paraissent plus fréquents entre vingt et quarante ans, ils ne diffèrent pas en cela des autres manifestations de la syphilis, qui, comme nous le verrons, tien une place prépondérante dans l'étiologie de l'affection. L'influence du sexe est très prononcée, et tous les auteurs ont signalé et admis la

plus grande fréquence des rétrécissements rectaux dans le sexe féminin, ce qui tient sans doute à ce que la femme est plus souvent atteinte que l'homme d'accidents vénériens du côté de l'orifice anal, ou que la constipation, la menstruation, la grossesse et l'accouchement, par la stase sanguine qu'ils amènent du côté du rectum, jouent le rôle de causes adjuvantes favorisant la production de l'affection.

Les rétrécissements peuvent succéder à l'action de causes *traumatiques* produisant des solutions de continuité, des pertes de substance plus ou moins étendues des parois du rectum : telles sont les plaies par instruments tranchants ou les plaies par armes à feu. Dans cet ordre de causes, il faut citer les opérations chirurgicales. On a vu, en effet, des rétrécissements survenir à la suite de l'excision d'une fistule à l'anus, de l'ablation d'un épithélioma, de l'extraction de corps étrangers ou encore de l'extirpation des hémorroïdes au moyen de la chaîne de l'écraseur. Ces accidents sont même assez fréquents pour que Verneuil (1) et Folin (2) en aient fait chacun le sujet d'un travail.

La réparation de ces plaies détermine la formation d'un tissu cicatriciel, rétractile, qui amène à sa suite la diminution du calibre du conduit.

D'autres fois, c'est l'*inflammation* qui semble être la cause principale du rétrécissement. C'est ainsi qu'à la suite d'un abcès de la fosse ischio-rectale, on voit quelquefois se produire, tout autour de l'intestin, un tissu dur, lardacé, qui, peu à peu, se rétracte et rétrécit le rectum. Nul doute que l'inflammation chronique de la muqueuse, en épaississant les tuniques du rectum, puisse jouer un rôle analogue. La constipation habituelle, le séjour prolongé de corps étrangers, l'abus des purgatifs drastiques et des injections irritantes (Gross) ont paru jouer un certain rôle dans le développement de cette inflammation. Quelques auteurs admettent aussi que la pression prolongée de la tête du fœtus pendant le travail de l'accouchement, probablement à la suite de contusion de l'intestin, avait été l'origine du rétrécissement.

Souvent, l'affection est la conséquence des deux modes pathogéniques que nous venons de signaler, en ce sens, qu'elle succède à la formation d'un tissu cicatriciel et à l'organisation des produits infiltrés dans l'épaisseur des tuniques. Dans les cas de prolapsus recta étranglé, ou de gangrène du pourtour de l'anus, à la suite de certaines fièvres graves, on voit survenir, à la chute des eschares, des phénomènes inflammatoires très marqués, en même temps que la perte de substance se comble par du tissu cicatriciel. C'est ce qu'on peut observer à la suite de la cautérisation du rectum par les acides.

Souvent, enfin, le rétrécissement semble avoir pour origine des ulcérations du rectum, qu'elles soient consécutives à une dysenterie chronique, à un corps étranger ou à toute autre cause. Dans ce cas on s'ex-

(1) *Journal des connaissances méd. chirurgicales*, 1859, n° 18.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1859, p. 55.

plique aisément que la perte de substance soit comblée par du tissu cicatriciel, et que la cicatrice, en se rétractant, diminue le calibre de l'intestin.

Ce rétrécissement cicatriciel peut aussi se montrer à la suite de syphilides ulcéreuses du rectum; mais, disons de suite que cette forme de rétrécissement syphilitique est rare, et que le plus souvent les coarctations d'origine vénérienne sont dues à une hyperplasie interstitielle des parois rectales sans ulcérations primitives. Cependant, le rôle de la syphilis, dans la production des rétrécissements du rectum, est encore loin d'être complètement élucidé.

Pour un petit nombre d'auteurs, le rétrécissement syphilitique n'existe même pas, et les rétrécissements, dits syphilitiques, sont dus à un traumatisme, à la blennorrhagie rectale ou à des excitations vénériennes contre nature. Ils donnent comme raison principale le traitement spécifique reste impuissant contre toute espèce de coarctation rectale. Cette objection n'est pas sérieuse, car il est évident que le mercure et l'iodure de potassium ne peuvent réparer les désordres causés par la maladie, et rendre l'élasticité aux parois rectales rétractées par le tissu fibreux qui les infiltre. Du reste, on est souvent parvenu, à l'aide de ces médicaments, sinon à guérir, du moins à enrayer la marche des accidents, quand on a été assez heureux pour les surprendre à leur début.

Pour le professeur Gosselin, le rétrécissement dit syphilitique du rectum n'est point un accident constitutionnel, mais une lésion de voisinage développée au-dessus d'un chancre de l'anus, par propagation d'une inflammation ayant pour point de départ la lésion anale. Cette doctrine ne compte plus aujourd'hui que de rares partisans.

Suivant Desprès (1) la coarctation est consécutive à la cicatrisation d'un chancre phagédénique ou d'une plaque muqueuse du rectum. Enfin Trélat et Delens (2) pensent qu'un certain nombre de rétrécissements relèvent directement de la diathèse syphilitique et sont des accidents éloignés, qu'on pourrait appeler quaternaires, prenant rang à côté des tumeurs gommeuses, et dus à une hyperplasie sous-muqueuse de la paroi rectale, se développant sous l'influence de la diathèse syphilitique. Cette opinion a été partagée par Guérin, Verneuil, Panas dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie et A. Fournier est venu, il y a quelque temps, apporter à cette opinion l'appui de son incontestable autorité.

Quand on recherche les cas de rétrécissements du rectum observés chez les sujets syphilitiques, on voit qu'ils se montrent tantôt pendant la période secondaire, tantôt à l'époque des accidents tertiaires et quelquefois même plus tardivement encore. La plupart des chirurgiens ad-

(1) *Chancres phagédéniques du rectum* (Arch. de méd., 1868).

(2) *loc. cit.*

mettent que les rétrécissements secondaires ont pour origine une plaque muqueuse qui prend le caractère ulcéreux sous l'influence du contact des matières fécales. Cette ulcération en se cicatrisant, et la cicatrice en se rétractant, produisent un rétrécissement cicatriciel. Ils admettent aussi qu'en raison de la vascularité du rectum, l'irritation déterminée par l'ulcération syphilitique peut être assez vive pour produire dans l'épaisseur des tuniques un épanchement de lymphes plastique qui finit par s'organiser à la longue en tissu fibroïde ou même fibreux, rétractile. La forme annulaire du rétrécissement tient à ce que l'ulcération tend ordinairement à envahir toute la circonférence de l'intestin; la forme valvulaire, beaucoup plus rare, à ce que quelquefois l'ulcération n'occupe qu'une partie de la circonférence intestinale.

Nous mettons en doute que les plaques muqueuses puissent donner lieu à des rétrécissements cicatriciels; elles constituent une lésion superficielle qui ne produit jamais de cicatrices rétractiles. Les rétrécissements cicatriciels syphilitiques ont pour origine les syphilides ulcéreuses, qui, comme on le sait, s'observent soit à la fin de la période secondaire, soit dans les premières phases de la période tertiaire.

À la période tertiaire de la syphilis, on peut observer des gommés rectales. Elles sont indolentes au début, et, pour cette raison, passent longtemps inaperçues; mais plus tard elles se ramollissent et donnent lieu à de vastes ulcérations qui ne peuvent guérir que par la formation d'une large cicatrice et le rétrécissement du conduit. Fournier considère cette lésion comme très exceptionnelle; pour lui, presque tous les rétrécissements syphilitiques du rectum sont dus au *syphilome ano-rectal*, lésion qui, au point de vue de la structure, diffère peu de la gomme.

Le syphilome ano-rectal consiste, au début, en une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme, de nature encore indéterminée, mais qui présente une tendance marquée à se rétracter et à rétrécir le rectum.

Les parois rectales deviennent dures et rigides et sont le siège d'un épaissement plus ou moins considérable, mais la muqueuse n'est le siège d'aucune cicatrice, d'aucune bride, et au début ne présente pas la moindre érosion.

À cette période, il n'y a pas encore rétrécissement véritable, le rectum, simplement épaissi, a perdu son élasticité. Traitée, le syphilome ano-rectal peut guérir ou du moins être enrayer dans ses progrès; mais, non traitée, il persiste et s'aggrave en devenant fibreux; plus tard il se rétracte et rétrécit de plus en plus le calibre de l'intestin.

Au point de vue anatomique, le syphilome ano-rectal consiste très-vraisemblablement en une hyperplasie conjonctive qui se transforme plus tard en tissu fibreux. C'est une production localisée dans les parois rectales, au même titre que l'hépatite interstitielle syphilitique résulte d'un dépôt spécifique dans le parenchyme du foie et l'orchite syphilitique d'un dépôt semblable dans l'albuginée et le parenchyme testiculaire. C'est cette sclérose rectale consécutive qui constitue le rétrécissement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le siège habituel des rétrécissements est la moitié inférieure du rectum. Perret, dans sa thèse, dit que sur 58 cas, il a vu le rétrécissement siéger trente-deux fois au-dessous de 6 centimètres, et seulement 5 fois au-dessus de 9 centimètres. Chez les autres malades la coarctation siégeait entre 6 et 9 centimètres. Le rétrécissement syphilitique occupe presque toujours la région ampullaire du rectum.

Presque toujours le rétrécissement est unique; s'il est double, les deux lésions sont généralement voisines. Cependant, à la suite de la dysenterie, ils peuvent être assez éloignés de l'orifice anal.

La forme en est très-variable; le plus souvent, la coarctation est plus ou moins régulièrement annulaire, c'est-à-dire qu'elle présente la forme d'un cylindre ou bien d'un cône dont le sommet regarde en haut et la base en bas. Cependant, elle se montre quelquefois sous forme d'un repli membraneux percé à son centre, d'un simple repli valvulaire en forme de croissant, d'éperon, de valvule ou de brides transversales. On peut voir, au musée de King's College, une pièce dans laquelle un rétrécissement du rectum est constitué par l'entrecroisement de bandelettes épaisses qui circonscrivent trois ou quatre ouvertures distinctes, du diamètre d'un petit tuyau de plume. Garsaux (1) a récemment décrit une forme particulière de rétrécissement partiel, due à la présence sous la muqueuse d'une bride, qui serait le résultat d'une contracture des fibres musculaires du rectum consécutive aux épreintes de la dysenterie.

Les dimensions verticales des rétrécissements sont aussi très-variables. Le plus ordinairement leur étendue est de deux à trois centimètres; mais on en rencontre qui ne sont, pour ainsi dire, constitués que par une simple membrane percée d'un orifice, et d'autres dont l'étendue mesure de huit à neuf centimètres. Cette dernière forme appartient particulièrement aux rétrécissements de la période tertiaire de la syphilis.

Le calibre de l'intestin au niveau de la coarctation est plus ou moins modifié. Si la maladie est récente, le rétrécissement peut n'être qu'à peine appréciable; d'autres fois, au contraire, et, particulièrement dans les rétrécissements syphilitiques à apparition tardive, la lumière du canal est à tel point diminuée que c'est à peine si l'on peut y engager le petit doigt, ou y faire pénétrer une sonde de moyen calibre. Dans le cas de Talma, dont on a conservé au musée Dupuytren la pièce moulée en cire, le rectum est à tel point rétréci qu'on peut se demander s'il n'est pas complètement obturé (2).

Les altérations des tuniques au niveau du rétrécissement sont loin d'être toujours identiques, et les auteurs ne les apprécient pas non plus

(1) Contribution à l'étude des rétrécissements du rectum. Rétrécissements partiels sous-muqueux, thèse de Paris, 1877.

(2) Houel, Manuel d'anatomie pathologique, p. 448

tous de la même manière. Quelques-uns, avec Gross, pensent que l'altération siége exclusivement dans le tissu sous-muqueux et n'envahit nullement les autres tuniques; d'autres prétendent, au contraire, que l'infiltration plastique porte exclusivement sur la muqueuse, et que celle-ci, en se transformant en tissu fibreux, rétrécit l'intestin. Enfin, dans quelques cas, le rétrécissement pourrait être dû à un travail inflammatoire développé dans les tuniques les plus externes de l'intestin; Broca en a vu un exemple chez une femme de cinquante ans, portant une affection organique de l'utérus, et chez laquelle cet organe avait contracté en arrière des adhérences avec le rectum. Il existait deux brides qui embrassaient le rectum en anneau et le resserraient au point de produire du côté du calibre du rectum un rétrécissement valvulaire très-marqué.

Le plus souvent on trouve les tuniques du rectum infiltrées d'un tissu dense, gris ou blanc bleuâtre, criant sous le scalpel et d'apparence fibro-cartilagineuse. Cette masse calleuse présente une épaisseur variable de 4 millimètres à 1 centimètre et plus. A la surface du rétrécissement on ne constate presque jamais d'ulcération, du moins dans le rétrécissement syphilitique par hyperplasie interstitielle. Si l'on incise les tissus indurés, on voit que toutes les tuniques sont confondues en un seul bloc et qu'on ne peut les dissocier par la dissection. Une gangue interstitielle les fusionne; la muqueuse elle-même ne peut être séparée des tissus sous-jacents, car elle aussi a subi la transformation fibreuse. Parfois il existe une hypertrophie manifeste de la couche musculaire au niveau du point rétréci.

Dans d'autres cas, et particulièrement dans les rétrécissements cicatriciels, les altérations paraissent limitées à la membrane muqueuse. On peut alors rencontrer au niveau de la coarctation une véritable ulcération ou bien des végétations plus ou moins considérables.

Dans les rétrécissements du rectum, comme dans ceux de tout autre canal, on trouve, au-dessus de la coarctation, des lésions consécutives à la diminution de calibre du canal et développées sous l'influence de l'obstacle au cours des matières. L'intestin est dilaté au-dessus de la coarctation et la tunique musculaire presque constamment hypertrophiée, sans doute en raison de l'excès de travail qu'elle doit accomplir pour évacuer les matières fécales à travers le rétrécissement. La muqueuse est congestionnée, érodée, le plus souvent même le siège d'une ulcération. Celle-ci présente des bords festonnés, taillés à pic; elle peut s'étendre sur une hauteur de dix à quinze centimètres et détruire la muqueuse dans toute son épaisseur, laissant à découvert la tunique musculaire parfois entamée et même perforée. Au-dessus de l'ulcération la muqueuse reprend immédiatement son aspect normal. On a noté tantôt l'atrophie des glandules de la muqueuse, tantôt leur hypertrophie.

Enfin l'irritation produite par le séjour prolongé des matières fécales au-dessus du rétrécissement est souvent l'origine d'abcès développés

dans le tissu cellulaire péri-rectal, et qui se propagent du côté de la fosse iliaque interne ou donnent naissance à des trajets fistuleux faisant communiquer l'intestin soit avec l'extérieur en s'ouvrant au périnée, soit avec le vagin, la vessie ou même la partie du rectum située au-dessous du rétrécissement.

Quelquefois normale, la muqueuse située au-dessous de la coarctation est le plus souvent rouge, injectée, épaissie, boursouflée ou même ulcérée par le passage et la stagnation du pus. Il s'y développe fréquemment des hémorroïdes.

Pour compléter cette étude, au point de vue histologique, nous croyons devoir transcrire ici une note de Malassez reproduite par Trélat et Delens dans leur article *Rétrécissement du rectum* du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 728).

« Les rétrécissements étudiés par Malassez offraient tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques de la partie inférieure du rectum. Les lésions qu'ils présentaient doivent être distinguées en lésions au-dessus du rétrécissement, lésions au niveau de la portion rétrécie et lésions au-dessous du rétrécissement.

» Au-dessus du rétrécissement, on voyait une portion ulcérée, ayant une hauteur variable, et ne présentant aucune trace de la muqueuse, mais, à la place de celle-ci, du tissu embryonnaire. A la limite supérieure de l'ulcération, au point de réunion de la partie saine et de la partie ulcérée, la muqueuse était légèrement décollée, et dans son épaisseur entre les conduits glandulaires existait une certaine quantité de cellules jeunes, embryonnaires. Le tissu sous-muqueux, à ce niveau, présentait aussi un grand nombre de ces cellules, et on les retrouvait même plus haut en des points où la muqueuse était encore saine.

» Au niveau de la portion rétrécie, dans le point le plus élevé et le moins dilatable, qui offre à l'introduction du doigt et au passage des matières une si grande résistance, on trouvait, non pas comme on le dit ordinairement, un tissu analogue au tissu cicatriciel, mais un tissu complètement analogue à celui des bourgeons charnus. Ce tissu, formé d'éléments jeunes, est très-vasculaire et n'offre que peu de résistance aux instruments lorsqu'on cherche à le dilacerer. Ce n'est que plus bas, dans les parties les moins étroites du rétrécissement, mais les plus anciennes, qu'on voit apparaître des faisceaux de substance conjonctive rigides, entourés de tissu embryonnaire et présentant les caractères d'un tissu cicatriciel. Entre les faisceaux de la tunique musculaire on trouve aussi un assez grand nombre d'éléments embryonnaires infiltrés qui se réunissent en certains points. On voit encore entre ces fibres de petits abcès, au début, qui sont, sans doute, l'origine de ces fistules qui accompagnent les rétrécissements et qui s'ouvrent plus souvent au niveau en au-dessous du rétrécissement qu'au-dessus de lui.

» Enfin, dans la partie qui est au-dessous du rétrécissement et qui

répond à la région sphinctérienne, on voit presque toujours les cicatrices d'une ancienne ulcération. »

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes du début sont très peu caractérisés. L'affection est d'abord latente, et ne se signale que par la rareté et la difficulté des selles; si bien que les malades, pendant longtemps, se croient simplement constipés. Le chirurgien, du reste, n'est consulté généralement que lorsque l'affection est confirmée, c'est-à-dire lorsqu'elle est déjà assez avancée pour s'accuser par une constipation opiniâtre, des coliques, des horborygmes ou des phénomènes douloureux au moment de la défécation, dus au passage des matières fécales sur quelque ulcération. Les malades ont fréquemment des épreintes, des faux besoins, et ne vont à la selle qu'au prix des plus grands efforts. Souvent, aussi, chaque défécation s'accompagne de l'issue d'une certaine quantité de mucus filant, quelquefois mélangé à du sang ou à un pus ichoreux verdâtre et diffluent. Ces sécrétions proviennent généralement des ulcérations situées au-dessus du rétrécissement. Elles sont souvent douées d'une odeur fétide, caractéristique, rappelant fréquemment celle qui s'exhale des lésions syphilitiques de la région ano-génitale.

Les douleurs sont en général peu marquées en dehors de la défécation; cependant, le malade accuse quelquefois des douleurs dans les reins, dans le périnée, le scrotum, la verge. Elles irradiant même parfois du côté des fesses et des cuisses.

L'accumulation des matières au-dessus du rétrécissement donne quelquefois lieu à de l'anurie par compression du bas fond de la vessie. Sans qu'on puisse expliquer le phénomène, on a même observé, dans quelques cas, une suppression brusque et complète de la sécrétion urinaire, à tel point que si l'on pratique le cathétérisme, on ne ramène pas une goutte d'urine.

Lorsque la coarctation devient encore plus serrée, l'évacuation des matières se trouve considérablement gênée, et l'on peut voir survenir subitement des douleurs abdominales intenses, accompagnées de ballonnement du ventre, et tous les autres symptômes qui caractérisent l'obstruction intestinale incomplète. Plus souvent, les malades accusent, comme dans le cancer du rectum, des alternatives de constipation et de diarrhée. Les matières, en s'accumulant au-dessus du rétrécissement, y développent peu à peu une rectite par leur contact prolongé. Les matières sont alors délayées par les sécrétions inflammatoires jusqu'au moment où elles s'écoulent en abondance sous forme de débâcle. Les malades sont soulagés, et, pendant quelque temps, l'on trouve les déjections alvines tachées de pus, de sang, et quelquefois de lambeaux de muqueuse sphacelée. Si l'irritation catarrhale s'apaise, la même série de phénomènes ne tarde pas à se reproduire, car, à cette diarrhée, succède bientôt une nouvelle constipation, plus opiniâtre que la précédente. Les matières, en s'accumulant, remontent quelquefois jusque

dans l'S iliaque et le côlon, et la palpation abdominale fait découvrir une tumeur dure, pâteuse et mal limitée.

On a donné comme symptôme caractéristique du rétrécissement rectal, la forme des matières fécales qui, dit-on, seraient effilées et aplaties comme des sangsues si elles sont molles, et comme passées à la filière si elles sont dures. D'après Nélaton, lorsque le rétrécissement est un peu élevé, les matières fécales peuvent encore se mouler avant leur issue, et sortent en boulettes ovoïdes, tandis qu'elles sont aplaties lorsque le rétrécissement est très voisin de l'anus. Selon Curling, la forme des matières ne signifie absolument rien.

Il est bon de signaler que ce ne sont pas toujours les rétrécissements qui paraissent les plus serrés qui donnent lieu aux symptômes les plus alarmants, et Godebert a eu tort d'affirmer que lorsque le calibre du rectum arrive à un minimum de cinq millimètres de diamètre, le rétrécissement devient incompatible avec l'existence, si l'art n'intervient pas. Souvent, en effet, on voit des rétrécissements peu serrés amener des accidents très-graves, tandis que dans d'autres cas, où la lumière du rectum paraît presque complètement oblitérée, les malades vivent encore dans un état de santé relativement satisfaisant. Ces différences tiennent simplement à ce que certaines coarctations rectales, même peu serrées, sous l'influence de la moindre excitation, et, en particulier, des efforts nécessités par la constipation, amènent des phénomènes spasmodiques assez énergiques pour rendre la défécation presque impossible.

Chez les personnes bien constituées et d'un fort tempérament, l'état général peut rester relativement bon pendant un temps assez long; mais, le plus souvent, les digestions ne tardent pas à être troublées plus ou moins profondément, l'appétit se perd, les malades sont sujets à des distensions gazeuses et à des coliques sourdes; quelques uns pour éviter les efforts douloureux occasionnés par la défécation, se soumettent à une alimentation insuffisante. Toutes ces mauvaises conditions, s'ajoutant aux causes d'affaiblissement engendrées par la maladie elle-même, amènent la pâleur des traits, l'amaigrissement et la perte des forces. L'état moral du sujet est aussi profondément atteint, et le malade tombe dans l'hypochondrie.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — La marche de l'affection est essentiellement chronique; c'est à peine si, de mois en mois, on peut constater une modification appréciable dans les symptômes, si bien que l'affection, au début, peut ne constituer, pendant plusieurs années, qu'une simple infirmité. Dans quelques cas, cependant, la marche prend une allure des plus rapides, et les malades peuvent être rapidement emportés par un accident ou une complication. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des hernies, des hémoptysies, des syncopes, se produire sous l'influence des efforts de défécation.

Lorsque le rétrécissement est très-serré, et que les matières fécales ne peuvent plus franchir la lumière du rétrécissement, le ventre se gonfle,

devient tendu, douloureux à la pression, la face se grippe, le malade est en proie à des éructations incessantes, à des vomissements, tous signes bien connus de l'obstruction intestinale. C'est dans ces conditions que la mort peut survenir brusquement par le fait d'une péritonite consécutive à la rupture de l'intestin. Plus souvent, la péritonite naît par propagation à la séreuse abdominale de l'inflammation dont l'intestin est le siège. On peut observer aussi des hémorrhagies assez abondantes ou assez fréquentes pour mettre la vie du malade en danger. Le sang a son origine dans une ulcération de la muqueuse. Enfin, des abcès, des fistules se développent autour de l'anus et du rectum et peuvent être pour quelque temps une voie de dérivation pour l'écoulement des matières.

L'esthiomène de la vulve (Huguier, Gosselin), la fièvre intermittente (Costallot), doivent être rangées au nombre des complications les plus rares. Enfin, en raison de l'insuffisance de l'alimentation et de l'affaiblissement causé par la maladie elle-même, il n'est pas rare de voir se développer une phthisie pulmonaire qui emporte le malade.

DIAGNOSTIC. — Lorsqu'on est arrivé à soupçonner l'existence d'un rétrécissement du rectum, il reste à préciser le siège, l'étendue, et autant que possible la nature de la lésion, au moyen de l'examen direct du rectum.

Après avoir constaté *de visu* l'existence ou la non-existence de lésions au pourtour de l'anus, telles que : condylomes, fistules, végétations, etc., on pratiquera le toucher rectal en usant de toutes les précautions nécessaires, car il faut se rappeler que, dans les cas de rétrécissement comme dans le cancer, cette manœuvre peut être suivie d'hémorrhagies graves ou de perforations de l'intestin. Pour pratiquer cette exploration, on fera coucher le malade sur le côté ou sur le dos. Esmarch conseille de pratiquer le toucher rectal, le malade étant debout, surtout quand le rétrécissement est élevé, de manière à favoriser l'abaissement de la masse intestinale. Il faudra procéder avec une excessive lenteur et éviter, de se faire pousser le coude par un aide, comme quelques chirurgiens l'ont conseillé. On explorera d'abord la muqueuse sur toute la circonférence du rectum; puis, s'étant rendu compte de son état, on enfoncera le doigt davantage et on arrivera facilement sur le rétrécissement qui est rarement élevé. Ordinairement on aura la sensation d'un bourrelet fibreux, percé à son centre d'une ouverture plus ou moins large; mais cet orifice peut être difficile à trouver, soit parce qu'il est sinueux, fongueux, soit parce qu'il est placé sur les côtés et masqué par un des replis de la muqueuse. Une fois qu'on l'aura sous le doigt, on cherchera à le franchir et à se rendre compte de la hauteur verticale de la coarctation. C'est à ce moment qu'il faut redoubler de précautions et ne pas forcer. Dans les cas de rétrécissement valvulaire ou en diaphragme, le toucher rectal renseigne ordinairement d'une manière complète sur les limites de la lésion; on peut même constater quelquefois l'existence d'ulcérations au-dessus du rétrécissement et une accumulation plus ou moins considérable de fèces. Mais, parfois aussi, la coarctation rectale