CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX

DU RECTUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX DU RECTUM

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1907

PAR

Georges STOÏANOFF

Né à Salonique (Turquie), le 16 février 1883

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

—

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillard	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIÈRE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT (Ed.)
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	LAPEYRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

INTRODUCTION

Le rétrécissement tuberculeux du rectum est de date relativement récente. C'est seulement en 1895 que paraît le travail si documenté de Sourdille, qui ajoute 7 observations à celle de Tillaux parue une année avant. La littérature s'enrichit ensuite de sept nouvelles observations et nous apportons aujourd'hui la seizième, que nous devons à l'amabilité de M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale.

Notre but est de faire une étude complète du rétrécissement tuberculeux du rectum, en insistant sur sa fréquence méconnue autrefois et sur sa différenciation d'avec le rétrécissement syphilitique.

Notre travail comprendra 8 chapitres : l'historique, l'étiologie et la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Nous donnons ensuite in-extenso l'observation inédite que nous apportons, suivie d'un résumé des quinze observations que nous avons pu trouver dans la littérature. Après viennent les conclusions et la bibliographie.

Avant de commencer ce travail qui sera notre dernier acte de scolarité et qui marque la fin de notre séjour à la Faculté, il nous reste à accomplir un devoir bien doux. C'est dans ce beau pays de France, et en particulier à Montpellier, que nous avons commencé à goûter, il y a six ans, les idées de liberté et de civilisation qui en font la grandeur. Durant tout notre séjour, nous nous sommes appliqué à pénétrer le secret de sa littérature et de sa science, et ce n'est point sans un vif regret que nous nous décidons à le quitter aujourd'hui.

En même temps nous emportons le meilleur souvenir de la Faculté de Montpellier, qui a bien voulu nous compter parmi ses élèves. Nous serons fier de l'éducation reçue dans cette vieille École, qui garde encore une belle part de son prestige d'autrefois, et nous tenons à cœur de remercier ici tous nos Maîtres de la Faculté qui ont bien voulu s'intéresser à nous et guider nos premiers pas dans la médecine.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Forgue pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le remercions également pour l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service, et nous n'oublierons jamais son enseignement clinique, clair et spirituel, qui nous a tant servi pendant nos études.

Nous assurons M. le professeur Estor de toute notre reconnaissance pour les conseils pratiques qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans son service.

Nous adressons également nos remerciements à MM. les professeurs agrégés Lapeyre et Jeanbrau, qui ont bien voulu faire partie de notre jury.

Nous tenons enfin à remercier plus particulièrement M. le docteur Massabuau, chef de clinique chirurgicale, qui nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous le remercions de l'amabilité qu'il nous a continuellement témoignée, des conseils qu'il nous a donnés et en particulier des résultats de l'exa-

men anatomo-pathologique de la pièce qui fait le fond de notre observation.

A tous les camarades et amis que nous laissons, nous exprimons notre regret de les quitter. Nous emporterons avec nous le souvenir de leur franche camaraderie, qui nous aida à trouver plus léger le temps passé loin de notre famille et de notre pays.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX

DU RECTUM

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis l'époque où le rétrécissement du rectum est entré dans la pathologie, tous les auteurs comme Morgagni, Desault, Boyer, etc., jusqu'à Gosselin (*Arch. gén. de méd.*, 1856) l'ont attribué à la syphilis. Gosselin, le premier, se basant sur 12 observations, en faisait non une manifestation constitutionnelle de la vérole, mais un accident purement local, une lésion inflammatoire, développée au voisinage d'un chancre de l'anus ou d'une plaque muqueuse ; le rétrécissement est le terme de la rectite chronique comme il est l'aboutissant de l'uréthrite chronique.

Il a remarqué aussi qu'un grand nombre de malades affectés de rétrécissement du rectum mouraient tuberculeux, et il écrit : « La phlegmasie spéciale qui se produit autour et au-dessus des chancres arrive de préférence chez des personnes délicates, lymphatiques ou scrofuleuses. »

A. Desprès (*Arch. gén. de méd.*, 1868) admit que le rétrécissement était consécutif à la cicatrisation d'un chancre phagédénique ou d'une plaque muqueuse. Le premier il apporte l'idée que la tuberculose joue un rôle important dans la production du rétrécissement ; il dit que certains rétrécissements du rectum ne s'observent que « chez des malades ayant l'étoffe de la tuberculose. »

Pour Trélat et Delens, le rétrécissement du rectum serait une manifestation directe mais tardive de la syphilis.

Verneuil, Guérin, Panas ont partagé cette opinion à laquelle M. le professeur Fournier (Lés. tert. de l'anus et du rectum, *France médicale*, 1874) a donné une consécration définitive. D'après lui, il se produit à la période tertiaire de la syphilis dans les tuniques rectales des lésions de sclérose : c'est le syphilome anorectal, une sorte de néoplasie analogue à la gomme.

Plus tard, on revient à la conception de Gosselin, dans laquelle la syphilis ne joue qu'un rôle indirect en ouvrant la porte à l'infection par le chancre ou la plaque muqueuse. De là il se produit une rectite chronique ascendante, pouvant aboutir à une formation fibreuse et à un rétrécissement consécutif du rectum. Par leur étude histologique, Berger, Malassez, Quénu et Girode, Delbet et Mouchet, Hartmann et Toupet, ont montré la valeur clinique de cette conception et l'importance du processus inflammatoire banal, ayant pour point de départ une infection au niveau d'une lésion locale syphilitique, tuberculeuse ou même blennorragique.

Les recherches de Péan et Malassez (Et. clin. sur les ulcérations anales, Paris, 1871), sur les formes ulcéreuses de la tuberculose ano-rectale établirent que les ulcérations de nature bacillaire pouvaient, en se cicatrisant, déterminer un rétrécissement du rectum.

En 1875, Troisier et Rendu, à propos du rétrécissement rectal présenté par Dujol (*Bull. Soc. an.*, 1875) à la Société anatomique et provenant d'un malade ayant succombé à la cachexie tuberculeuse, élevaient des doutes sur la nature syphilitique des lésions et pensaient qu'il s'agissait d'ulcérations tuberculeuses.

Pus tard, M. Berger, en 1883 (*Gaz. des hôp.*), et M. Duplay (*Sem. méd.*, 1892) rapportaient des observations où la syphilis restait introuvable. Pœlchen (*Virchow's Archiv*, 1892), sur 222 cas de rétrécissements du rectum, n'en compte que 96 qui sont survenus chez des syphilitiques. Les auteurs anglais et américains, Allingham, Kelsey, Mathews, ont toujours exprimé des réserves formelles sur le syphilome ano-rectal décrit par M. Fournier.

Sands (*New-York medical Journal*, 1865) attribue certains rétrécissements, plutôt à l'envahissement tuberculeux des parois rectales qu'à la cicatrisation et à la rétraction fibreuse.

Allingham (Fistula and Hemorroïds, London, 1882), de son côté, rapporte deux observations de rétrécissements tuberculeux.

Ainsi donc, nous voyons que l'étude plus attentive des faits a conduit un certain nombre de cliniciens à ne pas admettre la syphilis comme cause exclusive de rétrécissement du rectum, et, lorsque MM. Pilliet et Hartmann eurent décrit les formes hypertrophiques de tuberculoses iléo-cœcale confirmées par une série de recherches, on a pu admettre les rétrécissements tuberculeux du rectum.

M. le professeur Tillaux, dans une leçon clinique (*Méd. moderne*, 1894), faite au sujet d'une malade affectée de sténose rectale, conclut : « Je crois à l'existence d'une maladie encore à l'étude et mal connue, sur laquelle

M. Hartmann a fait un travail particulier. Je crois à une tuberculose ano-rectale. »

La question était là, quand apparaît le mémoire de Sourdille (*Arch. gén. de méd.*, 1895). Le premier il établit d'une façon indiscutable l'existence du rétrécissement tuberculeux du rectum, en s'appuyant sur l'examen microscopique des lésions et sur des inoculations positives. D'après lui, un tiers des rétrécissements dits syphilitiques seraient de nature tuberculeuse.

Depuis lors, de nouvelles observations ont été publiées dans les thèses d'Aulès, sur les rétrécissements inflammatoires du rectum ; de Clamouse, sur la rectite chronique hypertrophique ; de Lapointe, sur le traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum, et tout récemment dans la thèse de Daniel, sur l'étude des formes hypertrophiques et sténosantes de la tuberculose rectale.

Désormais, le rétrécissement tuberculeux du rectum a droit d'existence dans la pathologie.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

D'après Sourdille, la tuberculose doit être incriminée dans un tiers des cas de rétrécissement du rectum. En réalité, nous croyons que cette proportion est beaucoup plus forte. En effet, sous l'influence de la théorie de l'origine exclusivement syphilitique du rétrécissement rectal, les auteurs l'ont méconnu, et jusqu'à ces dernières années le classaient parmi les rétrécissements syphilitiques. En cherchant dans la littérature médicale, on peut trouver des cas nombreux de rétrécissements qui relèvent très probablement de la tuberculose.

Contrairement au rétrécissement dû à la syphilis, la sténose tuberculeuse est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (10 fois sur 16). Elle atteint le plus souvent des personnes jeunes, entre 15 et 40 ans. Les antécédents tuberculeux sont à peine relatés dans les observations ; dans 4 ou 5 cas, on trouve la tuberculose pulmonaire, mais dans la majorité des cas la localisation rectale est primitive. Quelquefois elle est consécutive à

une tuberculose de voisinage : tuberculose de l'intestin, en particulier du cœcum, tuberculose de l'anus, et même de la verge (Observ. VII).

Toutes les irritations locales, qu'elles soient dues à la constipation ou à toute autre cause, peuvent prédisposer à la localisation rectale de la tuberculose. Il faut mentionner tout particulièrement la dysenterie, qui, par les ulcérations qu'elle détermine, crée une porte d'entrée pour le bacille de Koch.

La cause efficiente est le bacille de Koch. L'inoculation peut se faire directement par la muqueuse, et, comme dans l'entérite tuberculeuse, le bacille est introduit, soit par les aliments, quand la tuberculose est primitive, soit par les crachats avalés, quand elle est consécutive à une tuberculose pulmonaire.

Dans ce cas d'inoculation par la muqueuse qui nous paraît être très rare, il se produit des ulcérations superficielles et à la suite un rétrécissement cicatriciel. Dans la majorité des observations, la localisation semble d'emblée sous-muqueuse, et dans ce cas le bacille doit être apporté ou par les vaisseaux sanguins ou par les lymphatiques. Alors ce rétrécissement sous-muqueux peut être comparé à ceux qui ont été observés au niveau du cœcum et de l'intestin grêle ; la propagation est périvasculaire.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue macroscopique, la tuberculose rectale se manifeste sous la forme hypertrophique sténosante cylindrique et quelquefois sous la forme hypertrophique partielle, comme dans l'observation XIII. Certains auteurs admettent une forme cicatricielle, comme au niveau de l'intestin grêle. En effet, là le processus débute par la muqueuse, il envahit de proche en proche et dans un plan perpendiculaire à l'intestin, de façon à former un anneau inextensible. Il y aurait une autre variété de rétrécissement cicatriciel produite par le lupus anorectal, mais cette forme est niée par MM. Quénu et Hartmann dans la chirurgie du rectum.

La forme hypertrophique sténosante cylindrique est celle qu'on rencontre le plus souvent ; elle correspond au type syphilitique des anciens auteurs. C'est un rétrécissement bas, situé habituellement à 3 ou 4 centimètres de l'orifice anal. Le plus souvent le rétrécissement est unique ; dans l'observation II, deux à trois autres sténoses siègent non loin de la première ; dans l'observation XIV, il s'agit d'une

sténose du gros intestin siégeant en quatre endroits différents : cœcum, angle droit du côlon, côlon transverse, rectum. La longueur du rétrécissement est variable, habituellement de 3-5 centimètres, mais on en trouve de plus courts, 1 centimètre à peine (observation VI), et d'autres plus longs, qui peuvent dépasser 10 centimètres.

La forme du rétrécissement est celle d'un cylindre ou mieux d'un entonnoir, dont la base regarde l'orifice anal et dont le sommet correspond au point le plus rétréci. La sténose est plus ou moins marquée ; elle peut admettre l'index ou être infranchissable même avec une sonde cannelée.

Au-dessus du rétrécissement se trouve une vaste cavité due aux matières qui s'y accumulent. Très souvent on trouve (9 fois sur 16) sur le pourtour de l'anus des tumeurs sessiles formant couronne et désignées sous le nom de condylomes.

Dans quatre observations on trouve des fistules ressemblant aux fistules tuberculeuses.

La surface interne de la portion rétrécie est irrégulière, présentant en certains points de véritables végétations, molles et friables, en d'autres points des ulcérations superficielles.

Au-dessus du point rétréci, la muqueuse présente presque toujours des ulcérations dues au séjour des matières.

A la coupe, les parois présentent une consistance extrêmement dure, et sont considérablement hypertrophiées. Toutes les tuniques du rectum sont absolument confondues et remplacées par un tissu blanchâtre, en certains points très dur, en d'autres de consistance lardacée ; on voit même çà et là quelques points caséifiés.

Le rectum est adhérent aux tissus voisins, qui réagis-

sent par la production d'une masse fibro-lipomateuse assez marquée.

L'histologie pathologique du rétrécissement tuberculeux du rectum se rapproche beaucoup de celle des lésions de même nature du cœcum et de l'iléon. Si l'on consulte les travaux de MM. Hartmann et Pilliet sur la typhlite tuberculeuse, on trouve dans la plupart des cas la disparition de la muqueuse, de la *muscularis mucosæ*, l'infiltration en masse de la sous-muqueuse par les follicules tuberculeux, la présence de travées embryonnaires dissociant la *muscularis*, le développement minime des vaisseaux.

On retrouve les mêmes lésions microscopiques dans les observations relatées. Sur des coupes nombreuses pratiquées au niveau du rétrécissement, tantôt le revêtement épithélial de la muqueuse a disparu, tantôt au contraire il persiste, mais il a subit de profondes modifications. De cylindrique qu'il est habituellement, il est devenu pavimenteux stratifié, épaissi et émettant parfois des proliférations dans la profondeur.

Il y a des endroits où le derme est infiltré par des cellules embryonnaires. Les glandes tubuleuses persistent rarement, et dans ce cas on peut les trouver en prolifération adénomateuse, comme dans l'observation I.

Les lésions les plus caractéristiques sont au niveau de la sous-muqueuse. Elle se distingue à peine de la couche musculaire. Sur certaines coupes elle est envahie par une infiltration diffuse des cellules embryonnaires. Cette infiltration embryonnaire est traversée et dissociée par de larges travées de tissu conjonctif adulte. Dans certains points on trouve les cellules embryonnaires agglomérées pour former des nodules tuberculeux presque toujours périvasculaires, comme dans l'observation I. Il faut

effectuer plusieurs coupes pour trouver des nodules tuberculeux typiques, avec plusieurs cellules géantes au centre et une couronne de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires. En certains points, on peut trouver des zones de dégénérescence caséeuse, qui sont d'autant plus étendues que l'on se rapproche des parties superficielles.

La couche musculaire du rectum est envahie et dissociée par les cellules embryonnaires, groupées sur certains points pour former des nodules caractéristiques.

Dans la couche sous-séreuse considérablement épaissie, l'infiltration embryonnaire est très abondante et très souvent on y trouve une dégénérescence caséeuse assez étendue et des cellules géantes particulièrement nombreuses. Partout on remarque une vascularisation peu développée, avec une intégrité presque complète des vaisseaux.

En somme, au point de vue anatomique, on peut distinguer avec Sourdille trois périodes dans l'évolution de la tuberculose rectale :

1° Période d'infiltration (obs. IV) ;

2° Période d'organisation de l'infiltration ;

3° Période de sclérose (obs. I, III, V), qui, quelquefois, peut être accompagnée par la dégénérescence caséeuse.

Quelquefois on peut trouver le bacille de Koch au sein des lésions tuberculeuses.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes cliniques du rétrécissement tuberculeux du rectum se rapprochent beaucoup de ceux des autres rétrécissements ; cependant quelques-uns de ces signes, par leur constance et par leur précocité, nous semblent plus particuliers au rétrécissement tuberculeux.

En lisant les observations que nous relatons, on voit que la sténose rectale ne s'annonce pas d'emblée par des signes bien nets, pouvant imposer pour ainsi dire le diagnostic. Elle est précédée par une période de prodromes, qu'on pourrait appeler prémonitoire, et caractérisée par des troubles de rectite chronique.

Cette première période de durée plus ou moins longue, de quelques mois à quelques années, est assez bruyante au début ; plus tard son intensité peut s'atténuer un peu, mais les signes de rectite ne disparaissent pas tout à fait et c'est pour cela que nous avons trouvé préférable de ne pas la diviser en deux périodes, comme l'a fait Sourdille dans ses mémoires.

Un des signes capitaux de cette période, c'est la rectorragie (obs. I, II, III, VIII, IX, XVI). Ce signe, qui peut exister pendant longtemps seul (obs. XVI), précède souvent les autres et se montre avec une constance toute particulière, presque pathognomonique. Ces hémorragies, par leur abondance et par leur répétition, peuvent provoquer une anémie assez prononcée. Elles rappellent les hémorragies congestives de la première période de la tuberculose pulmonaire. Ces hémorragies font place assez rapidement aux autres signes de rectite. Le malade éprouve une douleur brûlante, une sensation de pesanteur au niveau de l'anus ; il est tourmenté par des épreintes, du ténesme, des envies fréquentes d'aller à la selle se répétant plusieurs fois par jour sans aucun résultat, le malade étant constipé ; à la place de matières fécales, il expulse des glaires striées de sang et de pus. Quelquefois on voit une rectorrée continue, qui tache le linge, et le malade est souvent obligé de se garnir.

Si à cette période on pratique le toucher rectal, on constate très souvent une contracture du sphincter ; la paroi rectale est œdémateuse, les plis de la muqueuse ont disparu ; d'autres fois la muqueuse est recouverte de végétations, sessiles ou pédiculées.

Tous ces signes peuvent s'atténuer et même disparaître tout à fait, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié. Le malade peut rester pendant des années sans éprouver de troubles bien accentuées du côté du rectum. Mais peu à peu la défécation devient laborieuse et parfois même on voit se former des abcès, qui plus tard se fistulisent, sans aucune tendance à la cicatrisation. Insidieusement le rétrécissement se constitue, la maladie rentre dans une seconde période qui est la période de rétrécissement proprement dit.

Pendant cette seconde période les troubles de rectite continuent, mais l'obstacle au cours des matières est devenu plus important. La défécation est difficile, laborieuse, le malade espace de plus en plus ses selles. La constipation est opiniâtre, de temps à autre survient une débâcle abondante ; les matières sont petites, aplaties, rubanées, filiformes, striées de sang et de pus. Par l'anus suinte continuellement un liquide puro-sanguinolent, très fétide. En présence de ces phénomènes de rectite, de ces troubles de la défécation, le diagnostic de rétrécissement du rectum s'impose. C'est alors qu'on procède à l'examen de l'anus et du rectum.

A cause de l'écoulement continu de pus, la peau de la région anale est le siège d'un érythème intense. Très souvent (8 fois sur 16 cas) on trouve autour de l'anus des végétations et parfois un véritable bouquet condylomateux. Il est fréquent de constater la présence des abcès ouverts à bords décollés et violacés, ou de fistules périanales, qui remontent plus ou moins haut vers le rectum.

Le toucher rectal est habituellement très douloureux et nécessite souvent l'emploi de la cocaïne et même l'anesthésie chloroformique. Le sphincter anal est contracturé et laisse difficilement passer le doigt ; l'obstacle une fois franchi, le doigt est arrêté par le rétrécissement. Au-dessous de l'obstacle, la paroi rectale peut être absolument saine ; on peut au contraire rencontrer la muqueuse plus ou moins atteinte et la paroi rectale indurée. Le rétrécissement peut siéger sur toute la longueur du rectum, jusqu'au côlon ilion-pelvien.

Sourdille distingue trois variétés de rétrécissement : inférieur, moyen et supérieur : mais, d'une manière générale, le rétrécissement occupe soit la région ano-rectale, soit le plus souvent la région ampullaire à 3 ou 4 centi-

mètres de l'orifice anal. Le rétrécissement est cylindrique ou plutôt en entonnoir, se rétrécissant peu à peu et occupant tout le pourtour du rectum.

Quelquefois (obs. XV), au lieu d'un rétrécissement, on trouve une véritable tumeur qui, par sa masse, produit une diminution du calibre du rectum. Le calibre du rétrécissement est variable ; dans certains cas, l'extrémité de l'index peut pénétrer assez facilement, dans d'autres une bougie en gomme du calibre 16 pénètre à peine. La longueur du rétrécissement est de 3-5 centimètres, mais quelquefois peut dépasser 15 centimètres. Les parois sont rigides, inextensibles, irrégulières, ulcérées par places et recouvertes de mamelons durs, pédiculés ou sessiles, saignant au moindre attouchement.

Au-dessus du rétrécissement, le rectum est dilaté et la muqueuse ulcérée.

Quelquefois on trouve un engorgement des ganglions inguinaux et iliaques.

CHAPITRE V

EVOLUTION

Abandonné à lui-même, le rétrécissement tuberculeux du rectum n'a aucune tendance à s'améliorer et à guérir ; la tuberculose évolue toujours vers la sclérose ou la caséification. Mais, tandis qu'à d'autres endroits la sclérose est la guérison, ici, c'est le contraire, elle amène la coarctation complète du rectum. Il faut de 5 à 15 ans pour que la sténose soit complète. Pendant toute cette période, les troubles de la défécation deviennent de plus en plus intenses. Plus rarement, le processus tend vers la caséification, et alors apparaissent des abcès qui se fistulisent et la tuberculose se propage aux organes voisins. Contrairement au rétrécissement syphilitique, qui reste limité au segment primitivement envahi et ne progresse que dans une direction concentrique, en diminuant de plus en plus le calibre intestinal, le rétrécissement tuberculeux tend constamment à augmenter, à s'étendre en hauteur, atteignant et dépassant parfois le côlon pelvien. Plus tard, la tuberculose se généralise.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Diagnostiquer un rétrécissement du rectum est chose facile ; on y arrive après la constatation des troubles de la défécation et surtout après le toucher rectal. Plus difficile est d'établir la cause de ce rétrécissement.

En dehors de la tuberculose, le traumatisme, les médicaments, les maladies vénériennes, surtout la syphilis, la dysenterie, le cancer, peuvent produire un rétrécissement du rectum ; il y a aussi un rétrécissement congénital.

Le rétrécissement congénital se révèle habituellement à un âge peu avancé et dans ce cas le diagnostic est très facile. Il arrive quelquefois, comme l'a montré M. le professeur Trélat, que les symptômes de ce rétrécissement apparaissent à un âge assez avancé, et dans ce cas le toucher rectal, qu'il ne faut jamais manquer de faire, lèvera vite tous les doutes. En effet, ce rétrécissement congénital, dont le siège fixe est à 3 centimètres de l'anus, a la forme d'une valvule en croissant, ou plus souvent d'un diaphragme mince, souple et se laissant facilement déprimer. Le rétrécissement en éperon de Tillaux se présente sous la forme d'une bride courbe, à concavité antérieure, qui siège sur la demi-circonférence postérieure du rectum. On a trouvé quelquefois un rétrécissement congénital

compliqué de tuberculose, et dans ce cas le diagnostic différentiel est très difficile, sinon impossible.

Les rétrécissements cicatriciels dus à un traumatisme sont rares et faciles à diagnostiquer : ils succèdent à des plaies accidentelles ou chirurgicales. On doit en tenir peu de compte dans la pratique.

Il y a un rétrécissement médicamenteux, produit par des médicaments caustiques donnés en lavement ; s'il n'y a rien de semblable dans les antécédents du malade, on l'élimine d'emblée.

Jusqu'à ces dernières années la syphilis était la cause principale du rétrécissement du rectum. D'après la théorie de Gosselin, généralement admise aujourd'hui, la syphilis ne joue qu'un rôle indirect en ouvrant la porte à l'infection secondaire, par le chancre ou la plaque muqueuse ; il se produit une rectite chronique ascendante, pouvant aboutir à une formation fibreuse et à un rétrécissement consécutif du rectum. Dans la majorité des cas le rétrécissement syphilitique se rencontre chez la femme. La présence de la syphilis dans les antécédents du malade doit nous faire penser à ce genre de rétrécissement, seulement on ne doit pas trop s'appuyer là-dessus. Il y a des cas, comme les observations VIII, XI, XV, où on trouve la syphilis dans les antécédents du malade, et pourtant le rétrécissement est tuberculeux. Si au contraire on trouve la tuberculose dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade, on doit pencher plutôt vers un rétrécissement tuberculeux. Parmi les signes fonctionnels il y a la rectorragie du début qui semble plus propre au rétrécissement tuberculeux ; elle ne se rencontre pas avec cette constance et cette intensité au début du rétrécissement syphilitique.

L'examen objectif permet aussi de trouver quelques

différences entre le rétrécissement syphilitique et le rétrécissement tuberculeux. Quelques auteurs ont voulu attacher une très grande importance aux végétations péri-anales et les ont données comme caractéristique de la syphilis. En nous basant sur les observations III, X et XII où on ne trouve point la syphilis dans les antécédents du malade et pourtant où on voit ces végétations, nous croyons qu'il faut attacher peu de valeur à ce signe.

Le rétrécissement syphilitique en forme d'entonnoir a une hauteur de 4 à 5 cent. et sa surface interne est rugueuse et un peu mamelonnée, tandis que dans la tuberculose ce rétrécissement est plus étendu, au moins dans les périodes avancées, et la surface interne est recouverte par des mamelons beaucoup plus développés. Ces caractères ne sont pas bien caractéristiques et il ne faut pas y attacher trop d'importance.

Un dernier caractère qui a une très grande importance est l'évolution du rétrécissement. Dans la syphilis la sténose a une tendance à devenir de plus en plus serrée, sans s'étendre en hauteur, tandis que le rétrécissement tuberculeux tend constamment à augmenter et à s'étendre en hauteur.

Il y a des cas très rares où le rétrécissement est dû à une blennorragie anale ou à un chancre mou développé dans le rectum à la suite du coït anal ; mais dans ce cas les antécédents du malade sont d'une grande valeur.

Quelques auteurs admettent un rétrécissement dysentérique qui d'ailleurs est très rare, si même il existe. La dysenterie, si elle est une cause, ne l'est qu'en provoquant la rectite. Cette forme de rétrécissement est absolument rejeté par Cornil.

La confusion du rétrécissement tuberculeux avec le cancer, surtout la forme végétante, est possible et a été

faite. Mais le cancer se developpe chez des sujets âgés, ayant dépassé la quarantaine. D'un autre côté, les végétations du cancer sont molles, fongueuses, ulcérées, se déchirent facilement sous le doigt et saignent abondamment ; elles reposent sur une muqueuse épaissie, indurée, inextensible ; l'écoulement est sanieux et fétide. Le cancer diffuse rapidement dans les tissus voisins, l'évolution se fait beaucoup plus vite, bientôt se font des adhérences avec les viscères voisins, et la cachexie si spéciale à cette affection qui ne tarde pas à paraître doit mettre sur la voie du diagnostic.

Le cancer annulaire du rectum est une rareté pathologique, il s'accompagne d'une induration beaucoup plus accusée, c'est le « rectum de bois » de Duplay.

Malgré tous les signes différentiels exposés plus haut, le diagnostic du rétrécissement tuberculeux est difficile, surtout avec celui produit par la syphilis ; aussi dirons-nous avec Sourdille que l'inoculation aux animaux, de pus ou d'un fragment de la paroi rectale, est le seul moyen capable d'assurer le diagnostic.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Il est extrêmement grave. Aux dangers résultant du rétrécissement il s'en ajoute d'autres. Ce rétrécissement, en effet, est grave par sa tendance à envahir de plus en plus les parties supérieures du rectum. Il est grave aussi à cause de la généralisation tuberculeuse qui peut se produire et qui entraînera à coup sûr la mort du malade. Il est grave même après une opération, par suite de la récidive qui est fréquente.

Quelquefois une intervention précoce, par une large extirpation de la lésion, peut changer favorablement l'évolution de la maladie. Dans notre première observation, voici déjà deux mois que le malade est opéré, et jusqu'à présent il se porte admirablement bien et rien dans son état ne pourrait nous faire soupçonner une récidive prochaine.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement de choix du rétrécissement tuberculeux du rectum est l'extirpation, seulement ses indications sont très limitées. Il ne s'agit pas, comme dans les autres formes de sténose, de combattre seulement le symptôme rétrécissement, il faut encore et surtout supprimer par une extirpation large et complète ce foyer local de tuberculose, qui est une menace continuelle pour le malade et qui à un moment donné peut se généraliser et entraîner la mort du malade.

On obtient les meilleurs résultats de cette opération dans les rétrécissements en virole bien limitée, pas trop haut située, permettant la conservation du sphincter. Elle n'est pas applicable aux formes diffuses, aux cas où le rétrécissement et l'infiltration tuberculeuse remontent trop haut, à celles qui s'accompagnent d'un état cachectique du malade, d'une tuberculose pulmonaire concomitante ; dans ces cas l'opération offrirait trop de périls, elle risquerait d'être incomplète et par conséquent inefficace.

Cette opération a été proposée pour la première fois par Glœser, puis préconisée par Kraske au Congrès de chirurgie allemand en 1895. En France, nous trouvons les communications de Routier, Richelot, Quénu, les thèses de Moses, Carré, Lachowsky.

L'extirpation d'un rétrécissement se fait comme celle d'un cancer, soit par la voie sacrée, soit par la voie transvaginale, soit plus souvent par la voie périnéale.

La voie sacrée a été surtout employée en Allemagne par Heczel, Max Scheede, en France par Richelot. Dans ce procédé, préconisé par Kraske, on arrive sur le rectum après résection partielle du sacrum. La voie sacrée paraît constituer l'intervention de choix pour les rétrécissements moyens, laissant intacte la région sphinctérienne, permettant par conséquent de ménager le sphincter.

La voie transvaginale déjà suivie pour le cancer du rectum est bien supérieure à la voie sacrée et donne de bons résultats au point de vue de l'intégrité fonctionnelle du sphincter. Malheureusement les cas sont rares qui se prêtent à ce mode d'intervention.

La voie périnéale est de beaucoup la plus suivie. Si le sphincter est envahi, on l'enlève avec la partie malade; dans le cas contraire, on peut tenter de le conserver. Pour arriver à ce but on peut suivre un des trois procédés suivants :

1° On peut passer en avant de l'anus en faisant une incision courbe à concavité postérieure ;

2° On passe en arrière de l'anus par une incision demi-circulaire postérieure sur le milieu de laquelle vient tomber une deuxième incision longitudinale ;

3° On peut faire l'extirpation du rétrécissement par les voies naturelles; c'est cette opération-là qui était pratiquée chez le malade de notre première observation par M. le professeur Forgue.

Dans ce cas, après avoir fait une incision circulaire à l'union de la muqueuse anale et de la peau, on décolle la muqueuse au niveau du sphincter, puis avec les ciseaux on fait une dissection circulaire périrectale de la région

sténosée. On résèque alors la partie disséquée et l'on suture la muqueuse saine du bout supérieur à la peau de la région anale.

Pratiquement cette opération n'a pas donné de très bons résultats. Dans sept observations que nous relatons cette extirpation a été pratiquée, mais toujours à la période ultime, aussi a-t-elle donnée beaucoup de mécomptes. Dans la plupart des cas, il y a eu une désunion partielle des sutures, la réunion n'a eu lieu que secondairement, la rectite a persisté. Un autre inconvénient de cette opération c'est la récidive qui se produit dans la plupart des cas. Néanmoins, ainsi que l'a montré Quénu, elle présente différents avantages : elle diminue l'écoulement ; la coarctation, si elle récidive, n'offre point les mêmes caractères de dureté et de rétractilité progressive.

Dans le cas d'un rétrécissement très étendu, diffus et infranchissable, avec une tuberculose pulmonaire concomitante et un état cachectique du malade, la seule intervention indiquée est l'anus iliaque. L'éperon doit être assez saillant pour empêcher la venue des matières dans le rectum. Cela suffit pour qu'en peu de temps on voit l'état général du malade se modifier d'une façon surprenante. Un bon exemple de cette opération palliative est l'observation IX, où nous voyons une amélioration générale se produire et en même temps une modification favorable de la lésion, un ralentissement dans son évolution progressive.

Après l'établissement de l'anus iliaque, on pourra facilement désinfecter le bout inférieur, au moyen de lavages antiseptiques. La désinfection obtenue, on s'attaque au rétrécissement lui-même, et, s'il y a une rétrocession des lésions, on pourra tenter l'extirpation.

Nous ne parlerons pas des autres opérations palliatives,

comme la dilatation, la rectotomie externe de Verneuil, la rectoplastie de Schwartz, qui ne pourront donner aucun résultat dans ce genre de rétrécissement. Peut-être la rectotomie externe pourra-t-elle donner quelques résultats favorables ?

Est-il besoin d'ajouter, qu'ici comme dans toutes les autres affections tuberculeuses, le traitement général sera sévèrement poursuivi et exécuté?

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Massabuau, chef de clinique de M. le professeur Forgue)

Jean P..., âgé de 62 ans, entre le 27 mai 1907 dans la clinique privée de M. le professeur Forgue. Ses antécédents héréditaires n'ont rien de particulier, et malgré des recherches précises nous n'avons pu déceler la présence de syphilis dans ses antécédents personnels.

Cet homme souffre depuis 6 ans au niveau de la région ano-rectale. Il a commencé par avoir des envies fréquentes d'aller à la selle, se terminant chaque fois par l'évacuation d'une quantité considérable de matières. Puis une douleur de plus en plus vive s'est fait ressentir au moment de la défécation, et immédiatement après elle. En outre, il se plaignait de sensations extrêmement pénibles de démangeaison au niveau de la région anale.

Depuis quatre ans, à certains moments et par périodes, il évacue avec douleur des matières molles, quelquefois liquides, mélangées de glaires, souvent franchement purulentes et d'odeur fétide, quelquefois striées de sang ;

jamais le malade n'a présenté d'hémorragies plus abondantes.

Depuis deux ans, cette diarrhée très fétide et glaireuse alterne chez lui avec de la constipation. Pendant les périodes de constipation, il lui arrive de se présenter à la garde-robe 8, 10 et 12 fois par jour, souvent davantage ; les selles deviennent alors quelquefois insignifiantes comme quantité ; il évacue au milieu de douleurs atroces quelques fusées de matières sanguinolentes mélangées à du muco-pus. Quelquefois ces matières sont rubanées, comme passées au laminoir. Ce malade a présenté plusieurs crises de constipation opiniâtre, accompagnées des symptômes que nous venons de signaler, mais jamais de véritables crises d'obstruction intestinale.

Ajoutons qu'il présente souvente de petites évacuations involontaires : il est obligé de porter constamment un bandange en T garni. Ce suintement fétide, la douleur que le malade ressent actuellement d'une façon constante au niveau de la région anale, le gênent considérablement au point de l'empêcher de rester assis sur une chaise. Aussi, depuis un an, son embonpoint et ses forces ont beaucoup diminué, son facies présente un teint jaunâtre qui s'approche de la teinte cachectique, et il est dans un état de dépression psychique très accentuée.

Quand on examine ce malade, on constate que la région périanale est le siège d'une rougeur diffuse au niveau de laquelle apparaissent quelques érosions radiées; un suintement muco-purulent recouvre cette région, sans que l'on puisse découvrir le moindre trajet fistuleux.

Par le toucher rectal, on perçoit à 3 centimètres au-dessus de l'orifice anal un diaphragme qui ne se laisse pas déprimer, percé à son centre d'un orifice circulaire à contours très durs, mais qui n'est pas assez extensible

pour permettre l'introduction de l'index. Une sonde cannelée passe parfaitement au niveau du point rétréci, et au-dessus de lui s'engage dans la cavité rectale sans qu'il soit possible de préciser nettement la limite supérieure du rétrécissement.

Le 31 mai 1907, le malade est opéré. M. le professeur Forgue fait une dissection circulaire périrectale de la région sténosée, et, après avoir eu soin de conserver dans la mesure possible quelques fibres du sphincter externe, sectionne la muqueuse rectale au-dessus du rétrécissement et suture ensuite la muqueuse saine à la région ano-cutanée. Un drain volumineux est placé à demeure dans le rectum.

Les suites opératoires ont été parfaites. Le 10 juin 1907, le drain est supprimé ; on administre au malade un lavement huileux et il présente la première évacuation complète et indolente. Le 14 juin, ablation des fils. Le 18 juin, le malade, dont l'état général s'améliore rapidement, va tous les jours à la selle spontanément et sans douleur ; les matières qu'il évacue sont moulées et normales.

Examen macroscopique. — Le rétrécissement apparaît extrêmement serré, admettant exactement le passage d'une sonde cannelée. Quand on l'incise, on voit qu'il s'agit d'un rétrécissement circulaire, haut de 34 centimètres et dont la lumière revêt la forme d'un entonnoir à base inférieure. La surface interne de la portion rétrécie est irrégulière, de coloration blanchâtre, présentant en certains points de véritables végétations molles et friables, en d'autres points des ulcérations superficielles.

A la coupe, ce rétrécissement présente une consistance extrêmement dure ; les parois rectales considérablement

hypertrophiées sont absolument confondues et remplacées par un tissu blanchâtre, en certains points très dur, en d'autres de consistance plutôt lardacée ; on voit même çà et là de petits foyers jaunâtres du volume d'une tête d'épingle.

Examen histologique. — Le revêtement épithélial de la muqueuse est en partie conservé ; il revêt les caractères d'un épithélium pavimenteux stratifié épaissi et émettant des proliférations dans la profondeur. Par endroits cependant, l'épithélium n'existe plus et une large ulcération occupe toute la surface de la préparation. En certains de ces points où l'épithélium de revêtement n'existe plus, on peut voir cependant les couches profondes de la muqueuse avec des tubes glandulaires en prolifération adénomateuse.

Dans les parties sous-jacentes existe une infiltration épaisse et diffuse de cellules embryonnaires. Cette infiltration est traversée et dissociée par de larges travées, par des placards étendus de tissu conjonctif adulte. Les cellules embryonnaires s'agglomèrent dans certains points pour former des nodules, presque toujours périvasculaires. Parmi ceux-ci, quelques-uns présentent la structure tout à fait typique du nodule tuberculeux avec plusieurs cellules géantes centrales et une couronne de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires. Cette infiltration tuberculeuse aboutit en certains points à des zones de dégénérescence caséeuse d'autant plus étendues que l'on se rapproche des parties superficielles.

Dans la couche sous-séreuse considérablement épaissie l'infiltration embryonnaire prédomine sur le tissu conjonctif. A ce niveau, existent de larges placards de dégénérescence caséeuse, entourés d'une couronne de folli-

cules tuberculeux dans lesquels les cellules géantes sont particulièrement nombreuses.

Cette disposition ne laisse aucun doute sur la nature tuberculeuse de la lésion.

Le diagnostic a encore été confirmé par la présence de bacilles de Koch, au sein des lésions tuberculeuses.

Observation II

(Résumée)

(Tillaux, *Tribune médicale*, n° 26, p. 511, 1894)

Jeune fille de 18 ans. Mère morte de tuberculose à 29 ans. Oncle ayant une fistule anale. Dès l'âge de 12 ans, constipation habituelle ; à 15 ans, début par un écoulement de pus et de sang par le rectum. Vers la même époque, mais seulement après le début de ces accidents, la malade a eu les premiers rapports sexuels. Pas de syphilis.

Le 28 octobre 1890, elle entre à Saint-Antoine, où elle subit une opération, probablement pour une fistule à l'anus. Elle en sort en février 1891, quoique non guérie et souffrant toujours. Quatre mois après, nouvelle entrée à Saint-Antoine où on lui fait de la dilatation rectale. Neuf mois après, elle entre dans le service de M. Després, d'où elle sort toujours souffrante.

A son entrée dans le service de M. Tillaux, le toucher rectal est douloureux ; la muqueuse est indurée, granuleuse et, à 5 ou 6 centimètres, on trouve un rétrécissement circulaire admettant l'extrémité de l'index, mais qui a dû être plus accusé avant la dilatation par les sondes qu'on a fait subir à la malade. Au-dessus de ce rétrécissement,

le doigt perçoit d'autres points rétrécis, véritables noyaux de rectite proliférante, qui reculent la limite supérieure du rétrécissement. Il existe en même temps une large fistule recto-vulvaire, ou mieux ano-vulvaire à bords violacés, décollés, indurés.

Les signes fonctionnels sont très accusés : elle va difficilement à la selle ; les matières sont petites, rubanées, aplaties, recouvertes de mucus et de sang. Ecoulement abondant de mucus glaireux, purulent.

Etat général médiocre ; la malade a craché du sang. Lésions peu appréciables de tuberculose pulmonaire.

L'exploration sous le chloroforme démontre que le rétrécissement remonte fort haut et est inexplorable par la voie périnéale.

Dans cette observation, il n'existe ni examen bactériologique, ni examen histologique, mais en se basant sur les antécédents héréditaires et personnels de la malade, sur l'évolution de la maladie, sur les caractères anatomiques de la lésion, et enfin sur l'absence de toute maladie vénérienne, on doit conclure à un rétrécissement d'origine tuberculeuse.

Observation III

(Résumée)

(Sourdille, *Archives générales de médecine*, mai 1895)

Le nommé Emile P..., âgé de 33 ans, maçon, entré le 8 novembre 1895, salle Saint-Côme, lit n° 15, à l'Hôtel-Dieu.

Antécé lents héréditaires.— Père et mère bien portants, frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1881 ; pendant la convalescence le malade a des abcès à l'aine droite, à la cuisse gauche, à l'aisselle, et qui laissent des cicatrices. En 1886, vers la fin du service militaire, dysenterie (?) subite : ténesme, épreintes, selles très fréquentes, matières sanguinolentes. Au bout de huit jours, sans traitement, cette dysenterie disparaît. C'est à la suite de cette attaque que le malade dit avoir commencé à éprouver des difficultés dans la défécation. Pas de syphilis.

Le malade a eu plusieurs bronchites, et récemment encore il a été soigné à la Pitié, pour une bronchite suspecté.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de mars 1892. Le malade, jusque-là, n'avait eu que des troubles peu accusés de la défécation. Il commença, dès lors, à souffrir le soir, au niveau de l'anus et du rectum. Les douleurs étaient cuisantes, lancinantes, analogues à une brûlure, puis, après chaque défécation, écoulement abondant de sang. Le malade présente de la fièvre. A bout d'un mois les phénomènes s'atténuent, mais les selles deviennent pénibles, matières dures et aplaties. Cet état dure jusqu'en juillet 1893, époque à laquelle apparaissent des abcès à la marge de l'anus. Les fistules consécutives aux abcès suppuraient et continuellement il s'écoulait de l'anus du pus mêlé à du sang. Les selles deviennent de plus en plus rares et dures. Le malade perd l'appétit et s'amaigrit beaucoup.

A son entrée, il est pâle, amaigri. Localement, une végétation grosse comme une noisette, à la partie antérieure de l'anus ; dans la région préanale, quatre orifices

de fistules dont le trajet se dirige vers le rectum. Le toucher rectal est très douloureux et le doigt est arrêté à 2 centimètres et demi de l'anus par un rétrécissement, laissant passer à peine une sonde en gomme n° 16. La muqueuse intrasphinctérienne est saine, pas de ganglions inguinaux et iliaques.

Le 12 novembre, rectotomie postérieure externe au thermocautère. Il s'agit d'un rétrécissement cylindrique long de 10 centimètres, commençant à 3 centimètres de l'anus. La paroi rectale présente de gros mamelons, larges et irréguliers, pas d'ulcération profonde. Au-dessus du rétrécissement le rectum est dilaté.

Guérison locale, mais tuberculisation rapide des poumons. En janvier 1895 on constate que le rétrécissement se reproduit et va nécessiter l'établissement d'un anus iliaque.

Examen histologique. — Epaississement et densité remarquables des tuniques rectales. Au microscope on constate que l'épithélium cylindrique de la muqueuse a disparu et est remplacé par une nappe très épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié ; on se trouve en présence d'un véritable épiderme développé à la place de l'épithélium cylindrique normal. Dans un endroit le derme est mis à nu, exubérant, infiltré, c'est une ulcération superficielle du rectum.

Disparition complète des glandes en tubes, le derme muqueux est infiltré dans toute son étendue de cellules embryonnaires, la *muscularis mucosæ* a totalement disparu, la couche sous-muqueuse se confond sans aucune ligne de démarcation avec la muqueuse. Elle est métamorphosée par une couche très épaisse de tissu conjonctif fibreux divisé en lobules par des capillaires entourés de

traînées de cellules embryonnaires et d'espaces lymphatiques anastomosés de façon variable. C'est à cette hypertrophie de la sous-muqueuse qu'est due en grande partie l'augmentation d'épaisseur des parois rectales. En un point de cette sous-muqueuse, on remarque un tubercule composé, formé par une agglomération des cellules embryonnaires.

Au centre, sont des cellules qui se colorent moins vivement, quelques-unes ont le type épithélioïde. On y trouve des cellules géantes typiques de 2 à 10. Sur certaines préparations on constate très nettement que le nodule s'est formé autour d'un vaisseau dont la lumière est obstruée par la matière caséeuse. Coloration des bacilles négative.

Pas d'examen de la tunique musculaire.

Un fait qui frappe au premier examen des coupes, c'est le peu de degré de vascularisation.

Enfin, l'inoculation faite au cobaye est absolument positive.

Observation IV

(Résumée)

(Sourdille, *Arch. génér. de méd.*, mai 1895)

Histoire clinique incomplète.

Homme d'âge moyen sans trace de syphilis.

Examen histologique. — Muqueuse d'aspect normal, pas d'altération, sauf une légère infiltration par des cellules embryonnaires. La *muscularis mucosæ* est conservée. Contrairement à l'observation précédente, la sous-muqueuse est formée par du tissu conjonctif jeune où l'on

rencontre en abondance des cellules fusiformes. Dans toute l'épaisseur de cette couche on trouve des follicules tuberculeux. Ces follicules sont formées des cellules embryonnaires avec un nombre considérable de cellules géantes. Les faisceaux de la tunique musculaire sont dissociés par des cellules rondes, on y rencontre aussi des follicules tuberculeux.

La sous-muqueuse est très vasculaire, on constate seulement un certain degré de périartérite et de périphlébite banales.

Observation V

(Résumée)

(Sourdille, *Arch. génér. de méd.*, mai 1895)

Jeune religieuse présentant un rétrécissement très marqué de toute la partie inférieure du rectum, avec suppuration abondante. Rectotomie pratiquée en 1892 par M. Quénu.

Examen histologique. — La portion sus-sphinctérienne du rectum présente à sa surface des mamelons sessiles du volume d'un petit pois.

Au microscope on voit l'épithélium cylindrique remplacé par un épais revêtement d'épithélium stratifié. Le chorion, sans limites précises, est infiltré par des cellules embryonnaires. Par place, on constate une ou deux glandes tubuleuses, tapissées d'épithélium cylindrique à leur partie profonde, d'épithélium pavimenteux à leur superficie.

La *muscularis mucosæ* a disparu. La sous-muqueuse à limites imprécises est constituée par des bandes de

tissu fibreux orientées en des sens variés et séparées par des espaces lymphatiques dans lesquels sont accumulées des cellules rondes. C'est dans cette couche que se trouvent les nodules tuberculeux, dispersés sans ordre : les uns jeunes, composés de cellules embryonnaires ; les autres plus avancés, avec des cellules géantes à leur centre ; d'autres, enfin, complètement ramollis à leur centre.

Dans la sous-muqueuse, vascularisation assez considérable, pas de phlébite, mais traces nettes d'artérite.

Si nous passons sur la portion sphinctéro-anale, nous trouvons des lésions bien moins profondes et bien moins avancées. On voit une mince couche d'épithélium pavimenteux stratifié et dans la couche sous-dermique quelques nodules tuberculeux. Vascularisation abondante.

Observation VI

(Résumée)

(M. Hartmann, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 827)

Pas d'histoire clinique. Tout ce qu'on a pu établir, c'est que cette femme, âgée de 34 ans, était morte à Lariboisière de tuberculose généralisée.

A l'examen de la pièce, on trouve à 3 centimètres de l'anus un rétrécissement n'admettant pas l'extrémité du doigt. Il semble qu'à ce niveau, dans une très petite hauteur, 2 à 3 millimètres tout au plus, il existe une sorte de bride fibreuse cicatricielle. Au-dessous du rétrécissement la surface est un peu inégale, la muqueuse a disparu, on trouve deux ulcérations.

Au-dessus du rétrécissement on trouve une ulcération, occupant toute la surface du rectum, dans une hauteur de 8 centimètres, à bords nets non décollés. La mu-

queuse avoisinante est normale. La surface de l'ulcération a un fond finement granuleux. L'examen histologique de cette ulcération a montré qu'il ne s'agissait que d'une ulcération simple sans aucun caractère spécifique.

Examen histologique. — Au-dessous du point rétréci, mince couche d'épithélium pavimenteux stratifié. Pas de lésions. Dans la sous-muqueuse seulement un nodule volumineux de cellules embryonnaires, dont le centre est entièrement caséeux.

Au niveau du rétrécissement, l'épithélium a disparu, ainsi que les glandes en tube, le chorion muqueux et la *muscularis mucosæ*. Dans la sous-muqueuse épaissie, infiltration diffuse de cellules embryonnaires. Nombreux capillaires, quelques petits nodules ramollis avec des formations de cellules géantes. Au voisinage de la couche circulaire des fibres lisses, de nombreux nodules d'âge différent : cellules embryonnaires, débris de cellules géantes, vaisseaux et nerfs entourés d'une zone d'infiltration embryonnaire. Entre les deux couches de la musculaire, les cellules rondes s'amassent pour former de véritables gommes tuberculeuses à tous les degrés de leur évolution. Intégrité frappante des tuniques vasculaires.

Observation VII

(Résumée)

(Sourdille, *Arch. génér. de méd.*, juin 1895)

Léon T.., 20 ans, présente des ulcérations de la verge et des adénites tuberculeuses des régions inguinale et iliaque droite. Tuberculose prouvée par l'inoculation aux cobayes. Incision par M. Ricard. Guérison. Un an après, fissure à l'anus. Dilatation. Quelque temps après symptô-

mes de rectite, avec ténesme et écoulement purulent ; on constate une érosion anale, et une ulcération à la partie antérieure du rectum tout près du bec de la prostate. La muqueuse rectale est infiltrée. On pratique la rectotomie linéaire postérieure, suivie du curettage et du grattage des lésions tuberculeuses.

L'amélioration ne fut que de courte durée, la rectite augmente d'intensité. On constate bientôt un rétrécissement en forme d'éperon, qu'on résèque et extirpe. Malgré l'opération, les phénomènes continuent. Le malade refuse l'anus iliaque et meurt après une cachexie extrême.

Observation VIII

(Résumée)

(Sourdille, *Arch. génér. de méd.*, juin 1895)

Jeune homme de 29 ans. En 1884, dysenterie à Saïgon, amélioration, puis syphilis. En 1888, traité pour des hémorroïdes enflammées (?).

En 1892, premiers signes fonctionnels du rétrécissement : douleurs anales, ténesme, évacuations de pus et de sang. A son entrée à la Pitié (fin octobre 1894), dans le service de M. Reclus, l'examen de la région anale permet de constater les phénomènes suivants : végétations condylomateuses au pourtour de l'anus ; toute la portion sphinctéro-anale du rectum est hérissée de saillies de volume variable ; les parois sont épaissies, lardacées. A 8 centimètres de l'anus existe un rétrécissement plus serré, remontant au-dessus du cul-de-sac péritonéal.

Le 7 novembre 1894, extirpation du rectum. L'examen

histologique pratiqué par M. Pilliet démontre la nature tuberculeuse du rétrécissement.

Observation IX

(Résumée)

(Sourdille, *Arch. génér. de méd.*, juillet 1895)

La nommée Camille G..., âgée de 18 ans, entre en décembre 1894 à Tenon, dans le service de M. Gérard-Marchant.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Elle a été réglée à 15 ans. En 1890 elle a été opérée par M. Félizet pour une petite tumeur du rectum, et actuellement il persiste une cicatrice de 2 cent. de longueur à la partie postérieure de l'anus. Depuis, la malade s'est portée très bien. Pas de maladies vénériennes.

Le début de la maladie actuelle commence au mois d'août 1894. La malade commence à perdre du sang et du pus par l'anus. La défécation devient difficile et très douloureuse, les matières sont filiformes. La malade maigrit et perd l'appétit. En décembre 1894 M. Gérard-Marchant pratiqua un anus iliaque. Après cette opération la malade reprend ses forces, l'appétit revient, l'état général s'améliore sensiblement ; elle continue à perdre un peu de sang et du pus par l'anus.

A l'examen local, le pourtour de l'anus est érythémateux, pas de végétations, pas d'hémorroïdes. Le toucher rectal est très douloureux, le doigt traverse cependant facilement la région sphinctérienne, qui ne présente rien de particulier. Au-dessus du sphincter, la muqueuse est recouverte dans toute son étendue de granulations pédicu-

lées, dont la grosseur varie depuis celle d'un grain de chènevis à celle d'une noisette ; ces végétations saignent facilement au toucher et sont surtout nombreuses sur la paroi postérieure. L'ampoule rectale est notablement diminuée de calibre et n'est plus dilatable.

Le 13 février 1895, extirpation complète de toute la partie inférieure du rectum, par M. Gérard-Marchant. Guéson complète.

Examen histologique. — On voit sur la surface muqueuse plus de 100 végétations de dimensions variables. Les tuniques rectales sont un peu épaissies dans la partie supérieure. La dilatation ampullaire du rectum n'existe plus, le calibre est sensiblement égal sur toute la hauteur de la pièce.

Au microscope on trouve la muqueuse épaissie et infiltrée de cellules embryonnaires ; l'épithélium cylindrique est conservé ; les glandes en tube sont très allongées et dilatées. La sous-muqueuse, également épaissie, est parcourue par des faisceaux fibreux : les vaisseaux ont leurs tuniques externes infiltrées de cellules embryonnaires.

Les végétations sont très vasculaires, constituées de tissu conjonctif, recouvert par la muqueuse rectale épaissie et infiltrée par des cellules embryonnaires. A certains endroits ces cellules se groupent pour former des nodules ressemblant à des follicules clos hypertrophiés. Quelques-uns de ces follicules sont dégénérés dans leur centre, mais on n'y trouve ni cellules géantes à caractères très nets, ni bacilles de Koch ; en revanche, l'inoculation sous la peau de deux cobayes a donné lieu à une tuberculose généralisée de ces animaux.

Observation X

(Résumée)

(Aulès, Thèse de Montpellier, 1896)

Cécile P..., 25 ans, entrée le 10 mai 1891 dans le service de M. le professeur Tédenat, pour des troubles rectaux datant de deux ans, caractérisés par diarrhée, constipation, écoulement glaireux. La malade est très amaigrie.

A l'examen local on trouve des condylomes à la marge de l'anus. Au toucher, le sphincter est relâché, la muqueuse inextensible et à 3 ou 4 centimètres de l'orifice; on trouve un rétrécissement admettant la pointe du doigt. Signes d'induration tuberculeuse au sommet du poumon droit.

Résection suivie de suture du segment supérieur au rebord anal. Guérison suivie de récidive un an après. Mort avec lésions pulmonaires.

Examen histologique. — Muqueuse grise, terne, faisant corps avec les autres tuniques. La paroi, au niveau du rétrécissement, mesure de 10 à 15 millimètres, et, à sa face interne, on trouve des saillies noduleuses du volume d'un pois. Au microscope, l'épithélium est plat, discontinu, avec des cellules géantes disséminées et quelques rares follicules tuberculeux dans les plans superficiels internes.

Observation XI

(Résumée)

(Lapointe, Thèse de Paris, 1897)

Georges E..., 29 ans, garçon de café, entre à l'hôpital pour des troubles ano-rectaux datant de plusieurs années : matières aplaties, faux besoins, selles douloureuses. En

outre, écoulement abondant, constant, glaireux, tachant le linge en jaune roussâtre, de temps à autre débâcles accompagnées de crises de ténesme.

A l'examen, présence de condylomes à l'union de la peau et de la muqueuse, dans la région sphinctérienne postérieure, série de cannelures à l'origine de l'ampoule, série de petits mamelons ; l'ampoule elle-même est hérissée de rugosités, ne paraissant pas ulcérées, le doigt y est pressé. A 8 centimètres environ de l'orifice anal, rétrécissement très net admettant à peine l'extrémité de l'index, long environ de 1 centimètre. Au-dessus de lui, on arrive dans une cavité où la muqueuse est irrégulière et altérée.

Antécédents personnels. — A 18 ans, contracte la dysenterie en Cochinchine, guérit complètement au bout de 4 à 5 mois. A 21 ans, contracte la syphilis, sirop de Gibert.

Quatre ans après l'accident initial, les selles commencent à nécessiter un léger effort ; depuis deux ans elles sont douloureuses et s'accompagnent parfois de pertes de sang. Peu à peu l'écoulement n'est plus constitué que par des glaires épaisses et verdâtres. Deux ans après les matières deviennent rubanées.

Le 9 décembre 1894, M. Reclus pratique l'extirpation par la voie périnéale. Guérison avec incontinence d'abord complète, puis relative.

Examen histologique. — Lésions étendues à la fois au rectum et à l'anus, ulcération avec crevasses, fissures et îlots de tissu épidermique. Dans les points du fond de l'ulcération où l'épithélium est conservé il existe une nappe continue de cellules rondes ou fusiformes ; de cette nappe partent des prolongements qui découpent les

masses musculaires de l'intestin. La graisse profonde est envahie par cette infiltration, on y rencontre des cellules géantes à centre caséeux. On n'a pas cherché les bacilles.

Observation XII

(Résumée)

(Lapointe, Thèse de Paris, 1897)

Edmond S..., âgé de 42 ans, employé de commerce, entré à Cochin en 1896, service de M. Schwartz, pour des accidents rectaux, dont le début remonte à de longues années.

Antécédents. — A 20 ans, fluxion de poitrine. Dix ans après, pleurésie gauche qui guérit sans incident. Depuis ce temps il a toussé continuellement, mais il n'a pas manifesté d'autres signes de tuberculose. Aucun antécédent syphilitique. Il y a 16 ou 17 ans, ressent de légères douleurs vers l'anus et pendant la défécation. Environ quatre ans après, apparaît un écoulement permanent par l'anus, tachant le linge, puis cet écoulement devient de plus en plus abondant ; il oblige le malade à se garnir, les selles sont douloureuses et durant les deux dernières années, les matières sont aplaties, évacuées difficilement au milieu de crises de ténesme et d'efforts pénibles.

Le malade a maigri beaucoup.

A l'examen on trouve l'orifice anal entouré d'une couronne de saillies aplaties, sphincter contracturé. Dans la région sphinctérienne, muqueuse hérissée de saillies polypiformes et de cannelures rigides, inextensibles ; calibre du canal anal admettant à peine le doigt. Rétrécissement annulaire de 1 centimètre de haut, situé à 4 centi-

mètres de l'anus, puis on tombe dans une cavité irrégulière. On sent un nouveau rétrécissement situé à 12 centimètres de l'orifice anal.

État général du malade défectueux, signes physiques de la première période de la tuberculose aux sommets des poumons. Colotomie iliaque par M. Schwartz. Au bout de quelques jours, injections dans le bout inférieur et amélioration sensible des symptômes de rectite.

Au bout de trois mois les lésions pulmonaires sont plus accentuées; le malade n'ayant pas continué la dilatation, le rétrécissement situé le plus bas n'est plus franchissable.

Examen histologique. — Sur un fragment enlevé on trouve des lésions diffuses de sclérose sous-muqueuse, en certains points infiltration de cellules embryonnaires présentant par place des caractères de nécrose qui permettent de songer à la tuberculose. En plusieurs points les cellules embryonnaires sont groupées en nodules, ayant à leur centre des cellules géantes. On n'a pas cherché des bacilles.

Observation XIII

(Résumée)

(Lapointe, Thèse de Paris, 1897)

V..., âgé de 49 ans, entré en 1896 à la Pitié dans le service du docteur Berger pour des troubles de la défécation et de la diarrhée. Aucun antécédent strumeux, pas de syphilis. Début de la maladie actuelle, il y a 6 ans, par des hémorragies anales, et l'apparition de grosseurs qui sortaient de l'anus. Trois ans après, selles douloureu-

ses et sensation continuelle de brûlure ; actuellement se plaint de symptômes de rectite : écoulement de glaires d'odeur fétide, ténesme, épreintes douloureuses. Amaigrissement.

A l'examen on trouve l'anus entouré d'un bourrelet de tumeurs d'aspect hémorroïdaire. Le doigt n'éprouve pas la constriction ordinaire du sphincter. A 1 centimètre et demi de l'orifice anal on trouve une ulcération du côté droit, reposant sur une base médiane ; des bourgeons assez mous la recouvrent. Les bords sont saillants, durs, légèrement festonnés ; il s'agit d'une véritable tumeur, qui saigne assez facilement au grattage du doigt. Pas de ganglions dans le voisinage.

Ablation de l'extrémité inférieure du rectum. Guérison.

Examen histologique. — L'ulcération à surface végétante repose sur un épaississement de la paroi rectale qui mesure environ 2 centimètres. Dans la partie profonde de la couche musculaire lisse, en un point se trouve un nodule formé par des cellules épithélioïdes ayant à son centre trois cellules géantes. Dans la couche superficielle se trouve un nombre considérable de follicules tuberculeux typiques.

A mesure que l'on se rapproche de la lumière du rectum, l'infiltration augmente, les follicules sont plus nombreux. Autour des follicules il existe du tissu conjonctif qui commence à s'organiser en tissu de sclérose. Il n'y a pas de caséification.

Observation XIV

(Résumée)

(Lapointe, Thèse de Paris, 1897)

Pas d'histoire clinique, homme de 40 ans, mort de tuberculose pulmonaire dans le service de M. Faisans, suppléé par M. Besançon.

Mésentère épaissi par des ganglions tuberculeux. A la surface de l'intestin grêle, ulcérations circulaires à bords décollés, à fond pâle, présentant des granulations jaunâtres caractéristiques. En aucun point de l'intestin grêle on ne trouve de sténose. Le cœcum, l'appendice et la fin de l'iléon sont englobés dans une masse adipeuse farcie de tubercules qui siègent dans les ganglions de la fosse iliaque ; ulcération étendue à la surface du cœcum ; presque immédiatement au-dessus, première coarctation de 6 cent., laissant à peine passer un porte-plume. La paroi du côlon est épaissie de 1 cent. et ulcérée. A l'angle droit du côlon, nouvelle stricture, aussi étroite et longue de 10 cent. Là aussi la paroi est épaissie. A la partie terminale du côlon transverse, troisième rétrécissement de 18 cent. de long. Quatrième et dernière stricture au-dessus de l'ampoule rectale, aussi serrée que les précédentes et longue de 2 à 8 centimètres. La surface et les parois de l'ampoule sont normales, calibre ordinaire. Ulcération tuberculeuse sur le trajet anal.

Examen histologique. — Au niveau du rétrécissement rectal la muqueuse a disparu en certains points, le tissu est en voie de nécrose, en d'autres on trouve des follicules tuberculeux à centre caséeux et presque ouverts dans la lumière de l'intestin.

Sous cette partie superficielle on arrive en plein tissu de réaction inflammatoire de sclérose sous-muqueuse. Au confins de ces tissus et de la zone sous-jacente, follicules tuberculeux typiques. La paroi musculaire est disparue et a fait place au tissu tuberculeux en certains endroits, en d'autres le muscle est dissocié par des travées inflammatoires périvasculaires.

Ailleurs enfin, il y a des tubercules en plein muscle, le tissu adipeux sous-musculaire, épaissi, sclérosé, présente parfois des follicules tuberculeux, formant de véritables tubercules.

Observation XV

(Résumée)

(Clamouse, Thèse de Paris, 1896)

Mlle M. V..., 23 ans, gouvernante d'enfants, entrée, en 1895, à l'hôpital Laennec, service de M. Délbet.

Antécédents. — En avril 1892, chancre syphilitique, accidents secondaires intenses; guérie par traitement spécifique en trois mois. Traitement par l'iodure de potassium jusqu'en septembre ; au commencement de 1894, démangeaisons anales et apparition de petites excroissances. En mai 1894, selles douloureuses ; dans l'intervalle écoulement de pus. Les matières deviennent aplaties, mélangées à du pus et du sang.

En décembre 1894, traitement spécifique intense, pas d'amélioration. Le 4 avril 1895, rectotomie linéaire.

A l'examen direct, pratiqué le 6 septembre 1895, on trouve au pourtour de l'anus une couronne des condylomes et d'hémorroïdes. Au toucher, le doigt s'engage

immédiatement dans un canal rétréci, inextensible, mesurant 5 cent. de longueur. La muqueuse est inextensible avec des saillies verruqueuses. L'index est à peine admis, paroi ano-rectale épaisse, dure, et une fistule recto-vaginale ; cloison recto-vaginale épaissie.

Extirpation du rectum le 25 septembre 1895 par la voie périnéale. Opération rendue difficile par l'adhérence du vagin, et la consistance des masses périrectales fibreuses, lardacées, saignantes.

Amélioration générale, la malade retient les matières solides, incontinence des matières liquides et des gaz.

Examen histologique. — L'épithélium et les glandes ont disparu. Infiltration diffuse de la sous-muqueuse, peu de prolifération embryonnaire autour des artères, les lymphatiques sont distendus et autour d'eux abondante prolifération de cellules rondes. Dans la tunique musculaire on voit une infiltration diffuse de cellules embryonnaires qui forment même un nodule tuberculeux. A des endroits on voit une tendance vers la formation de cellules géantes.

M. Delbet conclut qu'il s'agit là d'une lésion histologiquement tuberculeuse.

Observation XVI

(Résumée)

(Daniel, Thèse de Paris, 1902)

S. P..., employé à la Compagnie du Nord, 23 ans, entré à la maison Dubois en novembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, père mort de congestion pulmonaire.

Antécédents personnels. — Jusqu'à 7 ans, santé chancelante, a eu diverses maladies : rougeole, scarlatine, coqueluche. De l'âge de 7 ans jusqu'à 18 ans, son état s'améliore, il n'éprouve aucun trouble morbide. Au commencement de l'année 1896, il est inquiété par des hémorragies intestinales ; pendant une quinzaine de jours il perd, en dehors des défécations, une très grande quantité de sang vermeil. Ces hémorragies se font jusqu'à 13 fois par jour ; elles amènent rapidement une anémie extrême qui est soignée par la médication martiale.

A cette époque, on rattache ce symptôme à des hémorroïdes. Déjà se manifeste de la constipation, le malade reste 15 jours sans aller à la selle, les selles sont douloureuses. Six mois après les premières hémorragies, commencent les symptômes de rectite : quatre à cinq fois la nuit et une fois le jour, le malade éprouve des besoins, il a une sensation de pesanteur au niveau du rectum, la défécation est difficile, les matières sont aplaties, longues et accompagnées de glaires.

En mai 1901, le malade perçoit, aux environs de son anus, un abcès gros comme un œuf, qui perce bientôt, sans laisser de trace. En novembre 1901, il entre à l'hôpital pour un nouvel abcès.

A l'examen, on trouve l'état général bon, le malade est légèrement amaigri ; on ne constate aucun signe net de tuberculose pulmonaire. Il n'est constaté aucune trace de syphilis, affection que le malade nie énergiquement.

Localement on trouve sur le côté droit de l'orifice anal un abcès de la grosseur d'un œuf de poule. La peau est violacée ; par un petit orifice s'écoule quelques gouttes d'un pus jaune verdâtre, limpide, ayant tous les caractères du pus tuberculeux.

Au toucher la muqueuse est irrégulière, ulcérée en

plusieurs points. A droite et en arrière il existe un véritable cloaque ; la paroi est remplie d'un liquide purulent qui sort et par l'anus et par l'orifice de l'abcès. A 8 centimètres de l'orifice anal on trouve un rétrécissement, qui admet à peine l'extrémité de l'index. Le rétrécissement est long d'environ un centimètre et au-dessus on tombe dans l'ampoule rectale.

Incision de l'abcès, allant de la partie la plus éloignée du côté de la fesse, au milieu du canal anorectal. Grattage à la curette des parois de l'abcès et du cloaque du trajet anal. Pansement à la gaze iodoformée.

Le malade est revenu le 10 janvier 1902. Toute la partie située sous le rétrécissement présente un meilleur aspect. Les parois de l'abcès sont presque cicatrisées, mais immédiatement au-dessous du rétrécissement il existe encore une ulcération en avant ; la muqueuse est inextensible, on n'a pas la sensation du sphincter. Le rétrécissement n'a guère varié. Les symptômes de rectite ont presque disparu.

CONCLUSIONS

I. — Dans le groupe des rétrécissements inflammatoires du rectum, regardés jusqu'à ces dernières années comme d'origine vénérienne principalement syphilitique, il faut réserver une large place pour le rétrécissement tuberculeux.

II. — Ce rétrécissement tuberculeux se rencontre entre 15 et 40 ans et est dû à la localisation rectale du bacille de Koch, primitive ou secondaire à une tuberculose pulmonaire ou de voisinage.

III. — Le plus souvent il s'agit d'une forme hypertrophique sténosante cylindrique ; quelquefois il y a une forme hypertrophique partielle et peut-être aussi une troisième forme cicatricielle.

IV. — Le processus inflammatoire et scléreux domine. Toutes les couches du rectum sont atteintes avec une prédilection pour la sous-muqueuse ; l'épithélium de cylindrique devient pavimenteux stratifié ; l'élément caractéristique, le nodule tuberculeux, est discret, et il faut faire plusieurs coupes pour le déceler.

V. — Le rétrécissement tuberculeux se différencie du rétrécissement syphilitique, plus particulièrement par les antécédents tuberculeux du malade, par la longueur plus grande de la période prémonitoire et par la rectorragie du début qui en est très caractéristique.

VI. — L'évolution est lente et progressive, le rétrécissement envahissant le rectum en hauteur. Elle diffère de celle du rétrécissement syphilitique, qui au contraire reste presque stationnaire.

VII. — Le pronostic est grave, mais par une intervention précoce et large on pourrait, sinon guérir, du moins ralentir la marche progressive du rétrécissement.

VIII. — La forme en virole bien limitée sera traitée par l'extirpation. A la forme diffuse, avec mauvais état général, convient l'anus iliaque, qui pourrait être suivi de l'extirpation dans le cas de rétrocession des lésions.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aulès. — Des rétrécissements inflammatoires du rectum (Thèse de Montpellier, 1896).

Clamouse. — Rectite chronique hypertrophique (Thèse de Paris, 1896).

Daniel. — Contr. à l'étude des formes hypertrophiques et sténosantes de la tuberculose (Thèse de Paris, 1902).

Delbet et Mouchet. — Rectite chronique hypertr. et sténosante (Archives génér. de méd., 1893).

Desprès. — Archives génér. de méd., 1868.

Duplay. — Clinique sur le rétréc. du rectum (Sem. médicale, 1892).

Forgue. — Trait. du rétréc. non cancéreux du rectum (Montp. médical, 1897).

Fournier. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum (France médicale, 1874).

Gérard-Marchant. — Bull. de la Société de chirur., 1898.

Gérard-Marchant. — Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus.

Gosselin. — Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum (Archives génér. de méd., 1854).

Hartmann et Toupet. — Bull. de la Société anat., 1894.

Lachowsky. — Résultats éloignés des divers modes de traitement des rétréciss. du rectum (Thèse de Paris, 1895).

Lapointe. — Traitement des rétréciss. non congén. du rectum (Thèse de Paris, 1897).

Quénu et Hartmann. — Chirurgie du rectum (Paris, 1895).

Reclus. — Société de chirurgie, juillet 1896.

Riche. — Rétréc. tuberculeux et rétréc. syphil. du rectum (Gaz. des hôpitaux, 1897).

Schwartz. — Le rétrécissement dit syphil. du rectum (Presse médicale, N° 47, 1907).

Sourdille. — Rétrécissement tuberculeux du rectum (Archives génér. de méd., mai, juin, juillet 1895).

Tillaux. — Leçons de clinique chirurgicale (Méd. moderne, 1894).

Trélat. — Leçons de clin. chirurg., t. II.

Verchère. — Sur la période prémon. du rétréciss. du rectum (Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1897).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!