

on pourra d'ailleurs explorer avec une sonde la profondeur du cul-de-sac rectal et apprécier s'il sera possible ultérieurement d'ouvrir un orifice au périnée, auquel cas on s'efforcera d'établir un anus artificiel provisoire, curable, c'est-à-dire étroit et sans éperon saillant, ou même de pratiquer d'emblée l'anus périnéal.

CHAPITRE II

MALADIES DU RECTUM ET DE L'ANUS

ARTICLE PREMIER

ABCÈS PÉRI-ANAU ET PÉRI-RECTAUX

Définitions et divisions. — Trois espaces cellulaires sont le lieu d'élection des *suppurations* péri-ano-rectales et des *fistules* qui souvent succèdent à leur ouverture spontanée ou incorrecte; car, le trait caractéristique de ces abcès, c'est leur tendance à la fistulisation. — D'abord, comme siège le plus fréquent, répondant aux abcès les moins graves et aux fistules les plus simplement curables, c'est le tissu cellulaire sous-cutané de la marge et sous-muqueux du canal ano-rectal. En dehors du rectum, entre l'intestin et les parois de l'excavation pelvienne, est un espace que le releveur de l'anus coupe obliquement en deux étages : l'inférieur décrit par VELPEAU sous le nom de fosse ischio-rectale; le supérieur, espace pelvi-rectal supérieur de RICHET, contenant, entre l'aponévrose supérieure du releveur et le péritoine, une couche celluleuse à mailles lâches et allongées.

Cliniquement, trois variétés sont superposables à ces sièges anatomiques : 1° les *abcès de la marge de l'anus* qui sont superficiels; 2° les *abcès de la fosse ischio-rectale*, qui sont périnéaux; 3° les *phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur*, qui sont intrapelviens.

Étiologie. — Les suppurations péri-ano-rectales reconnaissent : comme cause première, l'infection; comme causes

secondes, les conditions capables de favoriser la pénétration et la diffusion des microbes pathogènes.

Le bactérium coli, habitant normalement le conduit ano-rectal, est l'agent habituel de ces suppurations; il s'associe le plus souvent au staphylocoque, au streptocoque et au bacille de Koch (infection secondaire d'un foyer tuberculeux). — C'est par la voie lymphatique que l'agent pathogène se propage: la richesse du réseau lymphatique sous-sphinctérien, les troncles des colonnes de MORGAGNI expliquent la contamination lymphatique par les érosions de la région et la diffusion au système lymphatique de la fosse ischio-rectale.

Comme causes secondes, interviennent toutes les conditions mécaniques de cette contamination: excoriations hémorroïdaires, ulcérations ano-rectales, érosions septiques de la peau de la marge, séjour de petits bols fécaux durcis dans un nid valvulaire de MORGAGNI.

1° **ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS.** — Au niveau de la marge, on observe: 1° les *abcès tubéreux* de CHASSAIGNAC, intradermiques, véritables furoncles, développés aux dépens de l'appareil pilo-sébacé de la région; 2° l'*abcès phlébitique circonscrit* de CHASSAIGNAC, formé par la suppuration d'une ampoule hémorroïdaire, séparée du réseau veineux par thrombose et constituant une sorte de petite poche close (ces deux variétés répondent généralement à des abcès peu considérables, capables de guérir sans fistule); 3° l'*abcès sous-cutané-muqueux*, où la suppuration est toujours plus étendue, et qui est le point de départ ordinaire de la fistule à l'an.

L'abcès sous-cutané-muqueux, *abcès margellaire*, *abcès sous-et intra-sphinctérien* (fig. 187), constitue le type habituel des inflammations phlegmoneuses de la marge. Deux formes cliniques sont à distinguer. Dans quelques cas, il se développe d'une façon insidieuse: il y a un peu de tension vers le rectum, quelque ténusme, mais l'état général est excellent, le malade vaque à ses occupations, et l'abcès crève dans un effort de défécation. Habituellement, les symptômes offrent une acuité particulière: au niveau de la marge et du canal anal, se développe une tuméfaction douloureuse et chaude: la peau rougit et devient

violette vers le centre de la tumeur, le malade ne tolère aucune exploration, ne peut s'asseoir, reste couché sur le côté; la défécation est très pénible; il y a de la fièvre, de l'inappétence; cet état ne cède que par l'ouverture spontanée ou chirurgicale du foyer purulent.

La fluctuation de ces abcès doit être recherchée avec deux

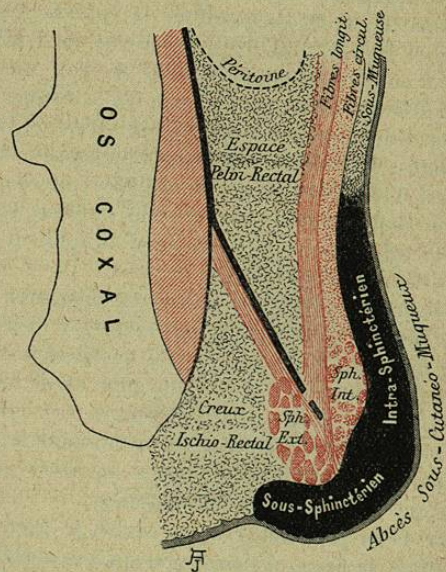


Fig. 187.

Schéma montrant les abcès sous-cutanés et sous-muqueux de la marge.

doigts, l'un introduit dans l'an, l'autre appuyé sur la région anale. Mais cette exploration, qui détermine parfois des douleurs intolérables, n'est pas indispensable: au point de vue thérapeutique, il est indiqué d'inciser sans attendre cette fluctuation. Après l'ouverture du phlegmon, il s'écoule un pus épais, mêlé de débris de tissu cellulaire, fétide. Le foyer, sous-tégumentaire, présente des décollements sous-muqueux

remontant plus ou moins haut dans le canal ano-rectal. L'abcès sous-sphinctérien se complique ainsi d'une collection intra-sphinctérienne, plus ou moins haut située; dans quelques cas, la collection se développe de façon prépondérante sous la muqueuse rectale (intermural-abscess des Anglais), et ne peut être perçue que par le toucher rectal.

Ces abcès amènent la formation de fistules dont le type anatomique dépend de la forme même de la collection suppurée. Un petit abcès margellaire, très rapproché de l'orifice anal donne lieu à une fistule sous-cutanée, de très court trajet, s'ouvrant en dedans, au niveau ou à une faible distance du bord de l'anus. Une collection sous et intra-sphinctérienne, avec décollements étendus, est suivie d'une fistule plus longue, dont l'orifice cutané est distant de l'anus, dont l'orifice interne remonte à une plus ou moins grande hauteur dans le canal ano-rectal, mais dont le trajet demeure en dedans du sphincter, sous la peau et sous la muqueuse.

2° ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL. — Le phlegmon du creux ischio-rectal (fig. 188) est relativement rare. Il se développe primitivement dans le creux ischio-rectal; quelquefois il s'y propage secondairement, soit qu'il résulte d'un abcès margellaire gagnant la profondeur par une lymphangite tronculaire, partie des réseaux sous-sphinctériens et contournant le bord inférieur du sphincter, soit qu'il succède à un abcès pelvi-rectal supérieur ayant perforé le releveur de l'anus.

En raison de la profondeur de la cavité, le foyer purulent reste éloigné de la peau, d'autant plus qu'il est bridé par l'induration inflammatoire et l'épaississement des couches sous-cutanées. Aussi le début est ordinairement insidieux : on observe de la douleur, des phénomènes généraux souvent graves, fièvre, frissons, inappétence, teint jaunâtre, symptômes qui peuvent devancer toute lésion appréciable du côté du périnée. Chez l'homme, un des premiers signes sur lequel l'attention doit se porter, est la difficulté d'uriner, pouvant aller jusqu'à la rétention complète.

Au niveau du périnée, vous constaterez, en faisant placer le malade dans la position de la taille, une tuméfaction large,

remarquable par sa dureté, qui peu à peu s'étend de la racine des bourses au coccyx d'une part, de l'anus à l'ischion d'autre part. En raison de l'épaississement induré, la fluctuation est très difficile à percevoir : recherchez-la entre deux doigts, l'un dans le rectum, l'autre sur le périnée. La tuméfaction reste

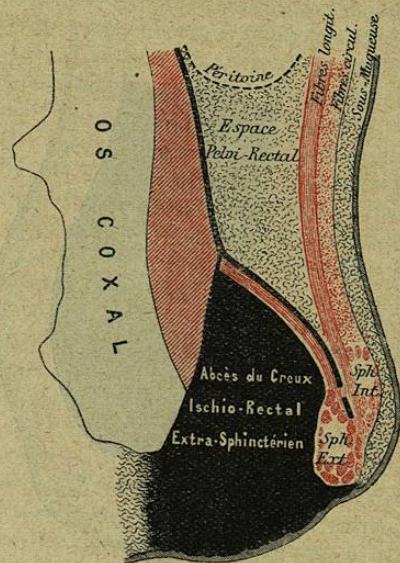


Fig. 188.

Schéma montrant la formation d'un abcès ischio-rectal.

encore dure, alors que déjà il y a du pus : un signe de cette suppuration profonde est fourni par l'œdème de la peau, gardant l'empreinte du doigt.

N'attendez pas la fluctuation pour décider l'intervention; car, alors, des dégâts graves ont déjà pu se produire. Le phlegmon s'étend parfois d'un creux ischio-rectal à l'autre, en formant au-devant du coccyx une large collection en fer à cheval. La collection gagne la peau qui s'amincit, devient violacée, fluctuante, donnant même dans quelques cas un

bruit de clapotement et une sonorité à la percussion, qui indiquent la présence de gaz putrides dans le foyer ; or, cette évolution peut succéder très brusquement à une tumeur phlegmoneuse dure : d'où la nécessité d'une surveillance étroite du malade. La peau amincie se rompt, donnant issue

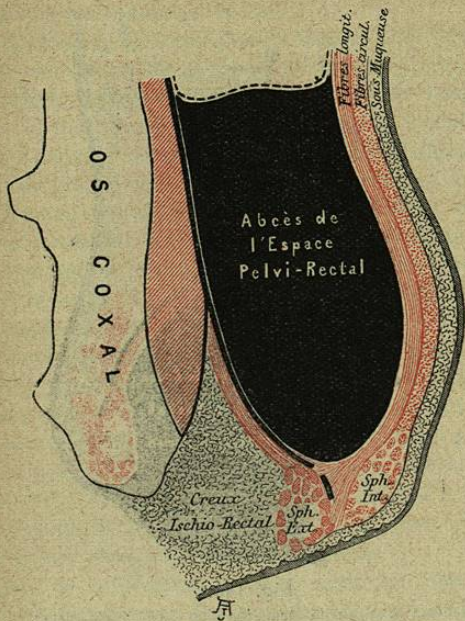


Fig. 189.

Schéma montrant la formation d'un abcès pelvi-rectal.

à un flot de pus sale, mêlé de débris gangréneux, répandant une odeur putride ; à cette ouverture spontanée succède souvent une fistule interminable, compliquée très souvent de décollements étendus de la muqueuse rectale. Rarement cette suppuration se fait jour dans l'espace pelvi-rectal supérieur, au travers du releveur de l'anus perforé : il en résulte une vaste cavité suppurante et des accidents de septicémie chro-

nique, le creux ischio-rectal devenant une sorte de diverticule de l'ampoule.

3° ABCÈS DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR. — Ils reconnaissent quelquefois comme origine une lésion du rectum ou de l'anus (ulcération rectale, rétrécissement, rectite) ; mais plus souvent, ils relèvent d'une affection siégeant dans un organe voisin : péri-prostatite chez l'homme, phlegmon péri-utérin chez la femme (fig. 189). Comme le dit DELBET, ce sont les phlegmons de la gaine hypogastrique : chez l'homme comme chez la femme, ce qu'on appelle la base des ligaments larges c'est le pédicule vasculaire des organes pelviens, dont la disposition est réglée par la distribution des branches de l'hypogastrique et par les aponévroses qui les recouvrent : phlegmons de la base du ligament large, phlegmons péri-prostatiques, phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur ont un siège anatomique identique et ne se différencient que par leur origine.

Le phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur, connu depuis les travaux de RICHET et POZZI, a des débuts insidieux, traduits par une simple sensation de pesanteur. Puis apparaissent, avec la fièvre et les frissons, des douleurs pelviennes vives, une constipation opiniâtre, des troubles digestifs, des vomissements. Quand le phlegmon évolue vers la suppuration, les frissons se rapprochent et les douleurs deviennent lancinantes, la dysurie augmente jusqu'à la rétention d'urine. Le pus s'ouvre très fréquemment une voie vers le rectum : mais cette évacuation est habituellement insuffisante ; les parois de l'abcès restent infectées, épaisses, sans tendance à l'accolement ; pendant quelques jours, l'écoulement s'arrête, puis il reprend par intermittences successives. De là, des poussées inflammatoires à répétition, et le développement de la collection qui fuse dans tout le bassin, se propage parfois en arrière dans la fesse à travers l'échancrure sciatique, ou bien s'étend en dehors vers la fosse iliaque et l'espace de RETZIUS, ou bien encore envahit secondairement le creux ischio-rectal. Une septicémie chronique peut s'établir dans ces foyers stagnants.

Traitement. — Il ne faut point s'attarder aux applications chaudes et résolutes : il faut ouvrir de bonne heure, alors

que, suivant le conseil d'AMBROISE PARÉ, la tumeur est encore « verdelette ». Deuxième règle : il faut inciser largement, de façon à découvrir toute l'étendue de l'abcès, introduire un doigt dans le foyer, rechercher les clapiers périnéaux ou fessiers, fendre ces prolongements, les désinfecter avec la solution phéniquée forte et les bourrer de gaze iodoformée ou salolée.

Un point est en débat, qui a été, il y a plus d'un siècle et demi, l'objet d'une discussion célèbre (FOUBERT contre FAGET) à l'Académie Royale de chirurgie : l'incision seule suffit-elle, comme FOUBERT l'a affirmé, à guérir les abcès de la région ano-rectale ? Ou bien faut-il, selon le précepte de FAGET, fendre en même temps les parois de l'intestin ?

Il est certain que, dans certains cas, on échoue par l'incision seule : une fistule s'établit, ou bien des abcès à répétition apparaissent. De là, l'avantage de traiter préventivement l'abcès comme une fistule : lorsque, après ouverture d'un abcès, on constate une communication rectale, qu'on trouve avec la sonde cannelée un décollement étendu, qu'on reconnaît par le toucher intra-rectal ce décollement et cet amincissement de la muqueuse, il faut, séance tenante, comprendre toute la paroi rectale dans l'incision du foyer purulent.

ARTICLE II

FISTULES ANO-RECTALES

Sur le périnée, autour de l'anus, s'ouvrent des trajets fistuleux qui ont des origines variables ; ils peuvent venir : 1° de l'urètre ou de la prostate ; 2° des os du bassin et surtout de l'ischion ; 3° du canal ano-rectal. Le nom de *fistules ano-rectales* est réservé à cette dernière variété.

Étiologie et pathogénie. — En règle générale, *une fistule à l'anus est l'aboutissant d'un abcès, chaud ou froid, de la région ano-rectale*. En effet, à côté des fistules qui sont la terminaison fréquente d'un phlegmon aigu, spontanément ouvert ou incomplètement incisé, il est des cas nombreux où le

malade a vu la fistule s'établir, sans souffrances vives, à froid.

Les fistules qui succèdent ainsi à une suppuration froide sont, en général, de nature tuberculeuse. Cliniquement, deux faits sont établis : d'une part, il est fréquent de constater chez les porteurs de fistules des signes de tuberculose viscérale (14 p. 100, selon ALLINGHAM) ; d'autre part, on rencontre souvent des fistules chez des malades tuberculeux (4 à 5 p. 100 des cas). — L'abcès tuberculeux de l'anus résulte d'une inoculation locale par les bacilles de Koch, apportés avec les fèces et pénétrant au niveau du sphincter à la faveur d'une érosion de la muqueuse. L'abcès tuberculeux froid s'échauffe souvent à la suite d'une infection mixte, dont le coli-bacille est l'agent habituel. Ainsi se forment ces *abcès tièdes* de TILLAUX dont la terminaison par fistule s'explique bien : la membrane tuberculogène continue sa double évolution d'extension périphérique et de ramollissement fongo-caséux.

Pourquoi les abcès chauds aboutissent-ils à la fistule ? — On a invoqué d'abord des causes mécaniques : 1° le vide créé par la fonte suppurée du tissu cellulaire de l'espace ischio-rectal ; 2° la difficulté qui en résulte pour le rapprochement et l'adhésion des parois de ce foyer creux, la suppuration ne persistant que par le maintien de la cavité ; 3° la mobilité du rectum ; 4° l'induration des tissus péristuleux formant des callosités. En réalité, la cause de la persistance du trajet fistuleux est double : d'une part, ce sont les conditions favorables à la permanence de son infection ; de l'autre, c'est sa réinfection successive.

L'état permanent de *septicité* est dû aux irrégularités de calibre du trajet, aux décollements, aux anfractuosités propres à la stagnation et la rétention : la preuve en est que, dans le procédé de l'incision, on guérit la fistule en transformant le trajet sinueux et ses clapiers sous-tégumentaires et sous-muqueux en une plaie ouverte en tous ses recoins, pansée à plat et à découvert. — D'autre part, la *réinfection* est fréquente : pour les fistules complètes, les matières fécales pénètrent dans leurs trajets irréguliers et les entretiennent, comme c'est le cas de toutes les fistules pyo-stercorales ; pour les fistules borgnes externes, les microorganismes de l'intestin peuvent,

en migrant à travers la muqueuse, les réinoculer d'une façon indéfinie.

Anatomie pathologique. — La fistule *complete* se compose d'un trajet avec deux orifices. Elle est : *borgne externe*, quand le trajet ne s'ouvre que par un orifice extérieur ; *borgne interne*, quand il s'ouvre dans l'intestin. — Les orifices cutanés sont presque toujours latéraux, rarement médians, parfois multiples, surtout dans les fistules tuberculeuses. Ils sont souvent étroits, n'admettant qu'un petit stylet, parfois cachés dans une dépression de la peau rétractée, ordinairement situés au sommet d'une élévation rougeâtre. Dans les fistules tuberculeuses, l'orifice est souvent élargi, formant une ulcération à fond sanieux, à bords violacés et décollés.

Le trajet de la fistule se subordonne à la variété de l'abcès originel.

1° FISTULES SUPERFICIELLES. — Aux abcès sous-cutané-muqueux succèdent des fistules superficielles cheminant de la peau à la muqueuse, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la marge et dans l'espace sous-muqueux du canal ano-rectal. Donc, elles passent sous le sphincter (trajet sous-sphinctérien) et en dedans du sphincter (trajet intra-sphinctérien). L'orifice interne de ces fistules est toujours bas situé, comme RIBES le premier l'a établi : il se trouve à la hauteur du bord supérieur du sphincter, dans la zone des valvules de MORGAGNI; mais il se prolonge au-dessus de ce point par des décollements sous-muqueux.

Les décollements sous-cutanés s'observent assez souvent dans ces fistules à deux orifices : ils fusent en avant ou en dehors vers la fesse. Dans les fistules à multiples orifices tégumentaires, on voit qu'en réalité il n'y a le plus souvent qu'un seul décollement sous-cutané, s'ouvrant à travers une peau criblée (*fistules en pomme d'arrosoir*).

2° FISTULES PROFONDES. — Au lieu de faire leur trajet dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, elles cheminent obliquement vers le rectum dans le tissu conjonctif qui entoure l'extrémité inférieure de cet intestin, dans le tissu graisseux de la fosse ischio-rectale (fistules extra-sphinctériennes), ou

dans celui qui sépare les divers faisceaux musculaires des sphincters de l'anus (fistules inter ou trans-sphinctériennes). Elles sont assez souvent tuberculeuses : ce qui explique pourquoi elles sont alors borgnes externes.

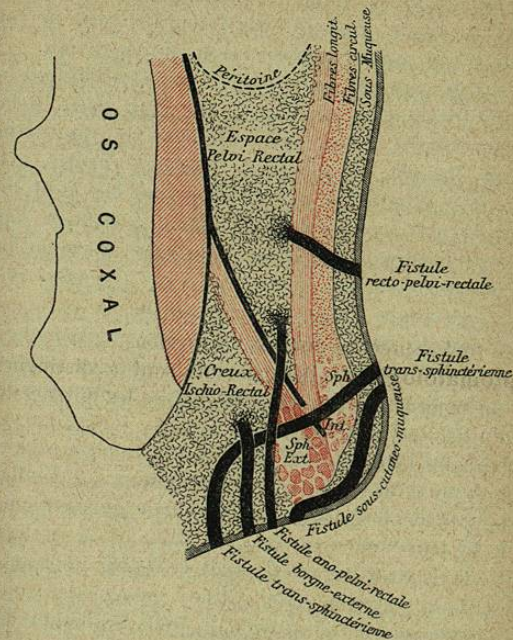


Fig. 190.

Schéma montrant les divers trajets des fistules ano-rectales.

Leur trajet est anfractueux, aboutissant à des clapiers profonds, compliqué parfois de rameaux collatéraux qui passent à travers les fibres du sphincter. — Il est une fistule que les Anglais appellent la fistule en fer à cheval (*horse-shoe fistula*) où le pourtour du rectum est décollé dans la moitié de son calibre : on trouve alors deux orifices externes, parfois très distants de l'anus, qui communiquent entre eux par un trajet

contournant l'intestin et s'ouvrant dans son calibre à un niveau plus ou moins élevé. — Parfois, les clapiers multiples et anfractueux aboutissent à des orifices nombreux : c'est la fistule en terrier de lapin (a rabbit warren) d'Allingham. — Une disposition est importante à connaître : c'est le *double décollement* (MOLLIÈRE), le trajet profond, extra-sphinctérien, se compliquant d'un trajet sous-muqueux plus ou moins étendu.

STRUCTURE DES TRAJETS FISTULEUX. — Dans les fistules récentes la paroi du trajet n'est autre que celle d'un abcès. A mesure que la lésion vieillit, le trajet présente deux couches distinctes : une interne formée de bourgeons charnus ; l'autre externe, scléreuse, se confondant à la périphérie avec les tissus voisins. Cette transformation fibreuse est surtout accentuée dans les fistules sous-cutanées qui ont subi plusieurs poussées inflammatoires successives. Elle donne lieu à ces fameuses *callosités* qui ont si fort occupé les anciens chirurgiens.

Symptomatologie. — Deux formes sont à distinguer : les fistules qui succèdent à des abcès aigus ; celles qui s'établissent de façon insidieuse, avec des accidents inflammatoires ou douloureux très réduits.

La fistule une fois installée, les symptômes sont souvent restreints : en dehors des crises de rétention ou d'inflammation, les douleurs sont peu vives, bornées ordinairement à une sensation de pesanteur ; ce dont les malades se plaignent le plus, c'est de la sécrétion continue de la fistule, donnant écoulement à un pus séreux, assez fétide, déterminant, entre les fesses, de l'érythème ou du prurit. — Dans les fistules borgnes internes, et surtout dans les fistules ouvertes dans l'espace pelvi-rectal supérieur, les douleurs sont plus accentuées, se rattachant d'ailleurs à l'affection causale, péri-utérine ou péri-urétrale ; l'écoulement de pus se produit alors au moment des selles.

Diagnostic. — Pour examiner un malade atteint de fistule anale, il faut le mettre dans la position de la taille, le siège relevé. On évitera de prendre, dans le cas d'un eczéma de l'anus, un pli radié tuméfié, suintant, pour l'orifice externe d'une fistule. S'il est des cas où l'orifice externe, en saillie (type en cul-de-poule), apparaît aisément, il en est d'autres

où il faut le chercher en dépliant l'orifice. Le trajet sera exploré par l'introduction d'un stylet mousse, pendant que le doigt est poussé dans le rectum : si le trajet est large, court, direct, la rencontre entre le doigt et le stylet se fait très près de l'anus. Le toucher rectal permet d'ailleurs de percevoir, au niveau de l'orifice interne, une petite dépression ulcérée, ou bien un léger mamelon. La faible distance de cet orifice au-dessus de l'anus, la minceur des parties comprises entre le stylet et le doigt permettent de reconnaître la fistule sous-cutané-muqueuse.

La fistule ischio-rectale se distingue par l'épaisseur des parties séparantes. Si son trajet est extra-sphinctérien, l'orifice extérieur est éloigné de l'anus de plusieurs centimètres et le stylet prend une direction verticale, parallèle à la paroi rectale. Si la fistule est transsphinctérienne, l'orifice cutané est généralement moins distant de l'anus, 2 à 4 centimètres, et la direction du stylet est plus oblique. Si le stylet ne pénètre pas dans le rectum, il n'en faut pas déduire sûrement que la fistule n'est point complète : l'instrument peut buter dans un embranchement ou contre une sinuosité ; ou bien, il se perd dans un décollement sous-muqueux. Demandez alors au malade si les fèces ou les gaz passent par le trajet ; ou bien poussez un liquide coloré dans la fistule, du lait par exemple, et observez s'il sort par l'anus.

L'existence d'une fistule une fois établie, complète ou borgne, il faut préciser : 1° son origine ; 2° sa nature. — Ne s'agit-il point d'une fistule ostéopathique, ou d'une fistule urinaire : le diagnostic des premières s'établit par la direction du stylet vers l'ischion, par l'abondance de la suppuration, par l'existence d'un point douloureux sur l'ischion, le coccyx ou le sacrum. Les fistules urinaires se caractérisent par leur siège au périnée, par l'issue des urines, par l'exploration de l'urètre.

La fistule est-elle de nature tuberculeuse ? — Si les bords sont décollés, violacés, fongueux, si la suppuration est séreuse avec des grumeaux, si l'évolution s'est faite à froid, si des clapiers nombreux se produisent, la tuberculose est probable. On peut l'affirmer par l'examen bactériologique des sécrétions, ou par

la constatation d'une tuberculose viscérale chez le sujet. — Certaines fistules sont liées à un rétrécissement congénital du rectum ou à un carcinome de cet organe : le toucher rectal fixera cette origine. Enfin, il faut songer aux fistules de la région coccygienne, qui se rattachent à l'*infundibulum para-coccygien* (p. 548) : leur situation médiane en arrière, leur éloignement de l'anus, l'invagination de la peau saine à la périphérie, parfois la présence de poils émergeant de l'orifice permettront de les reconnaître.

Traitement. — L'incision du trajet fistuleux est le procédé de choix : après purgation préalable, une sonde cannelée est introduite dans la fistule et pénètre dans le rectum, soit par l'orifice interne, soit en perforant la muqueuse ; l'index gauche, introduit dans l'intestin, accroche l'extrémité de la sonde et la ramène hors de l'anus : les tissus ainsi chargés sont coupés d'un coup de bistouri. Tous les clapiers sont débridés ; les fongosités sont raclées à la curette. Après l'incision, la plaie peut être traitée de deux façons : ou bien on la tamponne avec de la gaze iodoformée, on constipe le malade pendant cinq ou sept jours et on laisse le foyer se combler par granulation, sous ce pansement à plat, répété toutes les fois qu'il est souillé par les matières ; ou bien, si le foyer opératoire est parfaitement assaini, sans diverticule, on recherche la réunion immédiate de ses parois par la suture méthodique, en étages, suture dont CHASSAIGNAC avait eu l'idée dès 1832. — Après l'opération de la fistule, on observe une incontinence, par paralysie sphinctérienne, qui disparaît ordinairement après deux ou trois semaines. La durée de l'incontinence ne doit point faire porter un pronostic de permanence définitive : parfois, après six mois ou un an, on voit les sphincters retrouver leur pouvoir de contrôle.

ARTICLE III

FISSURE A L'ANUS

Trois éléments composent la *fissure à l'anus* : 1° une *ulcération*, souvent légère, petite fente linéaire sise au niveau des

plis cutanés de la région anale ; 2° des *douleurs*, avec paroxysmes, d'une intensité disproportionnée à une aussi petite lésion (*irritable ulcer*, des Anglais) ; 3° une *contracture intermittente ou permanente* du sphincter de l'anus.

Pathogénie et étiologie. — C'est le spasme qui, dans la fissure est tout : il entretient l'ulcération, il provoque les paroxysmes douloureux. Quand il est supprimé, la fissure ne compte plus et les douleurs disparaissent. BOYER, le premier, eut le mérite d'établir ce rôle prépondérant de la contracture sphinctérienne. Donc, la pathogénie de l'affection se résume dans le mode de production de cette contracture.

Chez un sujet habituellement constipé, les matières accumulées et durcies dans l'ampoule élargie, ne peuvent traverser la filière anale sans la traumatiser de dedans en dehors et en léser le contour. De là, l'influence capitale, établie par BRETONNEAU et TROUSSEAU, de la constipation dans la production d'érosions fissuraires au niveau des plis rayonnés : ce qui explique que la fissure soit plus fréquente chez

les femmes. — Les hémorroïdaires sont très exposés à la fissure : la constipation et les modifications de la muqueuse en sont la cause. — Il est possible que l'étroitesse congénitale de l'anus y prédispose. — Il est admissible que l'eczéma, l'érythème intertrigo, l'irritation du pus blennorrhagique, provoquent au niveau de l'anus des fissurations ; mais la chose est rare. —

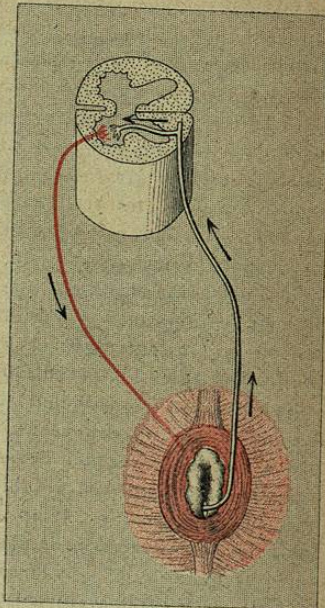


Fig. 191.

Schéma montrant l'arc réflexe de la fissure anale : excitation sensitive partie de la fissure ; réflexe moteur sur le sphincter.

Il est absolument exceptionnel que l'érosion soit d'origine traumatique.

Voilà donc une ulcération, ordinairement simple fente, constituée. Les paroxysmes douloureux apparaissent, d'abord à l'occasion de la défécation, plus tard spontanément : comme le représente le *schéma de Hilton*, que nous simplifions (fig. 191), les filets nerveux du fond ou des bords de l'ulcère sont mis à nu; de la fissure, part une excitation sensitive qui, au niveau de la moelle, se réfléchit vers les nerfs moteurs qui commandent le sphincter. Ainsi la douleur produit le spasme et par un cercle vicieux, le spasme exaspère la douleur. Le schéma de Hilton est vrai, comme arc réflexe; il est inexact comme point de départ sensitif : les recherches de Quénu ont montré qu'on ne peut voir aucun filet nerveux mis à découvert sur la surface de l'ulcère, mais qu'il existe, dans certaines fissures particulièrement douloureuses, une altération matérielle des filets nerveux sous-jacents à l'ulcération, une névrite capable de survivre à la névralgie et expliquant la prolongation des souffrances après l'intervention.

Symptômes. — Au début, le malade n'éprouve qu'une sensation de prurit douloureux, suivant l'expulsion des fèces. Peu à peu, la défécation devient de plus en plus douloureuse. Puis, la *crise fissuraire* s'établit suivant son type classique à trois stades successifs : 1° au moment où le bol fécal force le sphincter, une sensation de déchirure pénible qui ne dure que quelques instants; 2° une accalmie de quelques minutes, qui lui faite suite; 3° la réapparition de la douleur, qui va en croissant, jusqu'à son acuité maxima, sous la forme d'une déchirure profonde, d'une brûlure intrarectale.

A la longue, ces paroxysmes douloureux durent plusieurs heures. Le patient finit même par souffrir d'une façon continue; les crises se produisent en dehors de la défécation, à l'occasion de la toux, d'un effort léger. Le patient se condamne à l'immobilité; il prend des positions de soulagement, tantôt comprimant son périnée sur l'angle d'une chaise, tantôt se couchant sur le flanc, jambes fléchies, en chien de fusil. Le malade redoute la défécation : il évite de se présenter à la selle, ce qui

accroît la constipation et le mal; il se prive de nourriture. Les fonctions digestives finissent par se troubler; l'état général s'altère, certains fissuraires arrivent à une neurasthénie complète qui accroît l'intensité des réactions douloureuses : alors apparaissent des irradiations douloureuses vers le sciatique ou dans les bourses, de la rétention vésicale.

La forme de ces crises douloureuses est caractéristique. Le diagnostic se confirme par la constatation de la fissure et du spasme sphinctérien. Le malade étant placé en décubitus latéral, cuisse inférieure étendue, cuisse supérieure fléchie, relevez doucement, avec la main, la fesse supérieure et déplissez la peau de l'an us, en priant le patient de pousser. Cherchez la fissure en son siège ordinaire, surtout en arrière, à la hauteur de la ligne ano-cutanée (ligne blanche de Hilton). Ce n'est souvent qu'une petite érosion linéaire caché entre deux plis : parfois, on trouve une ulcération elliptique n'entamant que la muqueuse, aux bords rouges et un peu élevés, au fond grisâtre, surmontée dans quelques cas d'une petite végétation polypeuse.

Si l'on introduit le doigt dans le rectum, on constate la striction du sphincter contracturé : on peut, surtout grâce à la vaseline cocaïnée, explorer entre le pouce et l'index le muscle dur et épaissi. Le spéculum ani est quelquefois nécessaire pour découvrir une fissure profonde. Il est douloureux d'explorer la muqueuse, selon le procédé de Мотне, en effectuant avec l'index courbé en crochet le retournement en doigt de gant de la muqueuse anale. Une injection intrasphinctérienne de cocaïne au centième peut faciliter cette exploration.

Traitement. — Il est, comme LISFRANC l'avait distingué, des fistules *tolérantes* auxquelles suffisent les bains de siège, les laxatifs, les suppositoires cocaïnés. Pour les fissures *intolérantes*, à crises douloureuses croissantes, deux méthodes sont proposées : l'incision du sphincter, opération de Boyer; ou bien la dilatation de Récamier et Maisonneuve. La dilatation est la méthode de choix parce qu'elle supprime la contracture : on la fait doucement, sous le chloroforme, (gare aux syncopes !)