

Traitement. — Cependant le chirurgien appelé à temps arrive quelquefois à éviter ces fâcheuses conséquences, en pratiquant de bonne heure l'ouverture rectale, ainsi que Segond l'a conseillée et pratiquée dans les inflammations prostatiques et périprostatiques.

CHAPITRE II

FISTULES A L'ANUS.

Historique. — Le principal intérêt de cette question réside dans son traitement.

Aussi trouve-t-on dans tous les auteurs anciens des préceptes nombreux relatifs à la conduite à tenir vis-à-vis des fistules à l'anus.

Pendant longtemps, sur la foi d'Hippocrate, les chirurgiens, persuadés de l'innocuité des blessures et opérations pratiquées sur l'*intestin droit*, ne virent dans la fistule qu'une chose, la *callosité*, et n'eurent qu'une préoccupation, la détruire par tous les moyens possibles, le fer et le feu.

Peu à peu cependant, on devint plus réservé sur l'emploi de ces moyens barbares, et les sages préceptes de Celse sur les avantages de la ligature, se retrouvent dans les auteurs qui l'ont suivi, Avicenne, Fabrice d'Acquapendente, Guy de Chauliac.

Sous l'influence des idées de l'époque et par crainte des dangers que l'on attribuait à la suppression de certaines suppurations servant d'émonctoires, la thérapeutique devint de plus en plus timide. — Guy de Chauliac, dans l'excellent chapitre qu'il nous a laissé, s'autorise d'Avicenne et de Lanfranc, pour ne pas toucher aux fistules « ne faisant pas grande fascherie », à celles qui servent d'émonctoires; il invoque Albucasis pour refuser toute intervention pour « les fistules qui pénètrent jusqu'à la vessie et aux os des hanches et de la queue ». « Davantage, ajoute-t-il, c'est l'intention de tous que la fistule pénétrante plus que du milieu des muscles du fondement ne soit pas curée, d'autant que pire maladie s'ensuivrait qui est la sortie involontaire des excréments ». De telle sorte qu'il réserve

l'intervention pour les fistules qui ne pénètrent pas ou guère, comme le dit Rhasis, et pour les fistules calleuses.

Ces préceptes étaient encore suivis avec des variantes peu importantes, lorsque la maladie historique de Louis XIV vint en partie détruire les théories admises jusqu'alors; la fistule devient aussitôt une affection qu'il faut combattre, et ce ne sont pas les moyens qui ont fait défaut depuis cette époque. Parmi les nombreux traités parus, nous citerons un excellent travail de Pierre de Marchetti dans la bibliothèque chirurgicale de Manget, les sages remarques de J.-L. Petit, quelques discussions de l'Académie royale de chirurgie, enfin les traités classiques modernes, et les chapitres des traités spéciaux (D. Mollière, Allingham, Curling). Malgré toutes ces productions, bien des points litigieux sont restés en suspens et nécessiteraient encore de nouvelles recherches.

Division. — Comme les inflammations de l'anus et du rectum, les fistules doivent être divisées en :

- 1^o *Fistules pelvi-rectales inférieures;*
- 2^o *Fistules pelvi-rectales supérieures.*

Les premières sont de beaucoup les plus importantes; il est nécessaire de dire quelques mots à part sur les *fistules ostéopathiques*.

1^o *Fistules pelvi-rectales inférieures.*

Étiologie et pathogénie. — L'abcès de la marge de l'anus est toujours la cause première de la fistule, ou tout au moins l'intermédiaire obligé et seul sensible entre cette cause et la fistule elle-même. Nous renvoyons donc au chapitre de l'étiologie de ces phlegmons et abcès; seuls quelques points méritent de nous arrêter un instant; tous d'ailleurs peuvent être groupés autour de cette question : quels sont les individus atteints?

Les fistules à l'anus sont les plus fréquentes des affections du rectum; Allingham en a observé 1208 sur les 4000 affections du rectum traitées à l'hôpital Saint-Marc. Elles se rencontrent plutôt chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard. Laissant de côté les cas dans lesquels la fistule est symptomatique d'une affection principale : rétrécissement, cancer du rectum, etc., on peut dire que tantôt elle frappe des individus jouissant d'une bonne santé habituelle, et tantôt des tuberculeux avérés ou des tuberculeux en puissance.

Dans le premier cas, les causes sont des traumatismes, des inflammations et des ulcérations du rectum ou de ses veines dilatées. Les hémorroïdaires, entre tous, payent un large tribut à cette affection.

Quant aux *relations de la fistule à l'anus avec la tuberculose*, pour n'être pas absolument établies par des statistiques, elles n'en sont pas moins certaines. On peut s'étonner à bon droit de voir qu'Andral et Louis considéraient la coïncidence de la fistule à l'anus et de la tuberculisation pulmonaire comme très rare; Allingham l'évalue à 14 pour 100 au minimum; mais il pense que dans les services de chirurgie on méconnaît souvent la tuberculose pulmonaire des malades porteurs de trajets fistuleux, et qu'inversement beaucoup de phtisiques, dans les services de médecine, ne déclarent pas leur fistule. Les Allemands admettent volontiers que la plupart des fistules sont dues à des tubercules périrectaux suppurés. Nous reviendrons sur les caractères spéciaux que présentent les fistules dans ces circonstances, et sur les indications thérapeutiques qui en résultent.

Comment et pourquoi les phlegmasies périrectales et les abcès de la marge de l'anus deviennent-ils fistuleux? Bien des conditions peuvent être invoquées; les unes tiennent à la région, les autres à la paroi même du foyer et de la fistule, enfin en troisième lieu, elles reconnaissent pour cause les produits excrétés ou sécrétés par le trajet.

1° Région. — On a invoqué de tout temps la mobilité, l'abondance, la laxité du tissu cellulo-graisseux périrectal pour expliquer comment les abcès de la marge de l'anus se recollent si difficilement.

2° Paroi. — La fonte rapide, parfois si étendue, de tous les tissus interposés entre le rectum mobile et les parois rigides du bassin, se joint aux causes précédentes pour empêcher ce recollement. Plus tard, d'autres causes non moins importantes viennent s'y ajouter: ce sont les *indurations*, les *callosités*, qui se forment autour de ces foyers et enlèvent toute souplesse aux tissus ambiants. Cette notion de la callosité était considérée comme si importante par les auteurs anciens qu'ils ne reculaient devant aucun moyen pour la combattre.

Les données les plus modernes nous ramèneront peut-être à ces idées anciennes. Si l'abcès de la marge de l'anus est réellement tuberculeux dans un grand nombre de cas, la fistule qui lui succède

doit participer à cet état. Ses parois, toujours fongueuses du reste, seront sans doute démontrées semblables à celles des abcès froids. De là en grande partie la persistance de la suppuration qu'elles fournissent.

À côté de ces faits pathologiques primordiaux, peut-être faut-il faire certaine place à ces dispositions anatomiques, replis valvulaires, nids diverticulaires, sur lesquels Chiari a de nouveau appelé l'attention à une époque récente.

3° Enfin on a pensé que le passage des matières fécales et des gaz altérait les parois de l'abcès, modifiait ses sécrétions, et par suite s'opposait au rapprochement des surfaces suppurantes.

Anatomie pathologique. — Les fistules pelvi-rectales inférieures sont :

Simplex ou à *trajet unique*.

Complexes ou à *trajet multiple*.

A. *Fistules simples* ou à *trajet unique*. — Ces fistules sont depuis fort longtemps divisées en trois variétés importantes qui méritent d'être conservées :

1° Tantôt l'abcès, point de départ de la fistule, est ouvert à la fois à la peau et dans le rectum : *fistule complète*.

2° Tantôt l'abcès n'est ouvert qu'à la peau; sa cavité ne communique pas avec le rectum : *fistule borgne externe*.

3° Tantôt enfin le diverticule purulent n'a qu'un orifice rectal : *fistule borgne interne*.

La première variété nous servira de *type de description* :

1° *Fistule complète*. — Cette variété offre à étudier un orifice externe, un trajet et un orifice interne.

a. *L'orifice externe* ou cutané est généralement étroit, tantôt placé au sommet d'un tubercule rougeâtre et charnu, tantôt au fond d'une dépression à contour cicatriciel. Son siège surtout est intéressant; on le trouve rarement en arrière ou en avant de l'anus, presque toujours sur les parties latérales. L'orifice est très près de l'anus, dans les plis rayonnés qui en partent, dans le cas de fistules *sous-tégumentaires*; il est plus éloigné, 2, 3 centimètres et même davantage, lorsqu'il s'agit de fistules profondes *sous-musculaires*.

Plusieurs orifices cutanés peuvent correspondre à un trajet unique, *fistules en pomme d'arrosoir*.

b. *Trajet*. Il ne faudrait pas croire, ainsi que le fait très justement

remarquer Chassaignac, que la fistule à l'anus soit représentée par un trajet canaliculaire simple, terminé à ses deux extrémités par un orifice. Ce trajet est ampullaire et ses orifices ne sont pas toujours situés aux deux extrémités de l'ampoule; souvent curviligne, sinueuse, la fistule présente, même dans les cas simples, de petites chambres diverticulaires qui en rendent fort difficile la guérison complète.

Relativement à leur siège, certaines fistules sont des *fistules anales* proprement dites, elles s'ouvrent dans le canal de l'anus; d'autres se terminent dans le rectum, au-dessus du sphincter, *fistules rectales*. — Quelques-unes, les plus nombreuses, sont de toutes petites *fistules sous-tégumentaires*, *sous-cutanées* ou *cutanéomuqueuses*. D'autres sont situées plus en dehors et s'ouvrent au-dessus du sphincter, *fistules sus-sphinctériennes*; d'autres enfin traversent le sphincter même, *fistules intra-sphinctériennes*.

Les diverticules peuvent exister autour de l'orifice cutané, dans la partie moyenne du trajet, ou sous la muqueuse qu'ils décollent dans une étendue variable, soit circulairement, soit longitudinalement.

La structure de ces trajets rappelle celle d'un canal parfaitement organisé. La face interne est composée de bourgeons charnus, plus ou moins granuleux ou rougeâtres; plus rarement on la trouve atone, cicatricielle et fibreuse; la face externe se confond avec les tissus indurés qui l'entourent et cet épaissement va parfois jusqu'à la *callosité*. L'ensemble de ces parties représente une pseudo-muqueuse (Vulpian), quelquefois une membrane de tissu dermo-papillaire; elle peut enfin donner l'idée d'une véritable *cutisation*. Des recherches nouvelles seraient nécessaires pour nous fixer sur la présence plus ou moins fréquente, dans ces tissus, des éléments tuberculeux. On ne peut jusqu'ici que la soupçonner.

c. *Orifice interne*. — L'orifice interne siège à des hauteurs variables, soit près de l'anus, ce sont de beaucoup les cas les plus communs, soit dans la dépression qui sépare le sphincter externe du sphincter interne (Allingham), soit au-dessus de ce dernier.

2° *La fistule borgne externe* conduit par un trajet semblable à celui que nous avons décrit plus haut jusque sous la muqueuse rectale; elle n'est pas très rare.

3° *La fistule borgne interne*, de l'avis unanime, est la moins commune; ce serait la plus douloureuse, suivant Allingham; elle

débiterait souvent par ulcération de la muqueuse, et serait, au dire du même auteur, fréquemment tuberculeuse. Les abcès phlébitiques et les corps étrangers peuvent encore lui donner naissance. Nous croyons avec Chassaignac que, pour cette variété, comme pour les autres, le mode pathogénique par ulcération est un processus rare, et qu'ici encore l'abcès est la cause la plus fréquente.

B. *Fistules complexes ou à trajets et à orifices multiples*. — Souvent il s'agit de fistules ordinaires, négligées, qui poussent des prolongements dans le tissu cellulaire sous-cutané, par un procédé comparable à celui qui marque l'accroissement des abcès froids. Chez d'autres malades, ces trajets fistuleux succèdent aux grandes dévastations gangréneuses de l'espace ischio-rectal. Leurs trajets en L, en V ou Y avec des ramifications variables, sont fort difficiles à guérir et s'entourent vite de callosités, dont l'épaisseur peut aller jusqu'à produire une variété de rétrécissement du rectum.

C'est à ces fistules multiples que convient l'expressive comparaison du *terrier de lapins* (Allingham). Les orifices cutanés sont distribués irrégulièrement sur les trajets; tantôt chaque canal possède sa bouche propre, tantôt plusieurs conduits se réunissent sur une même ouverture. L'orifice rectal est toujours unique.

Symptomatologie et diagnostic. — Dans la fistule type complète ou borgne externe, le malade se plaint de démangeaisons incommodes, d'humidité permanente de la région anale surtout pénibles dans la marche et pendant l'été; la chemise porte des traces de l'affection sous forme de taches purulentes; un peu de sang, des matières fécales peuvent se joindre au pus. Ces troubles constituent d'abord une simple infirmité qui ne met pas obstacle aux travaux ordinaires, et ne nécessite que des soins de propreté.

Mais de temps à autre l'écoulement se tarit; la région fistuleuse devient douloureuse, s'enflamme; la station assise, la défécation sont pénibles; ces phénomènes sont imputables à la rétention du pus et disparaissent rapidement lorsque l'orifice externe, se rouvrant, laisse échapper le liquide accumulé. En présence de ces troubles symptomatiques, il faut examiner la région anale.

Cette *inspection* permettra de découvrir le ou les orifices externes avec les caractères que nous leur avons assignés. D'autres explorations deviennent nécessaires pour compléter le diagnostic. Le malade sera donc couché sur le côté correspondant à la fistule, la cuisse

de ce même côté étendue, l'autre complètement repliée sur le ventre; un aide placé près de la tête relève fortement avec les deux mains la fesse du côté sain, et la région peut ainsi être inspectée avec soin. Chassaignac préférerait l'attitude de la taille. Le chirurgien pratique alors le toucher rectal et reconnaît ainsi les indurations de voisinage et quelquefois le siège de l'orifice interne. Un stylet un peu flexible, introduit par l'orifice externe et conduit doucement dans le trajet, cherchera à en apprécier la direction, les diverticules, et dans le cas de fistule borgne externe, la distance qui sépare l'instrument du doigt placé dans le rectum.

Si l'on tient absolument à être fixé sur l'existence de l'orifice interne, on complète utilement cette exploration par des injections colorées d'encre, de vin ou de lait poussées dans la fistule. En cas de fistule complète, le liquide ressortira par l'anus.

S'il n'existe pas d'orifice externe, on reconnaît une *fistule borgne interne* aux caractères suivants : présence du pus à la surface des selles, évacuation du clapier purulent par la pression du doigt, sensation d'un orifice induré à la surface de la muqueuse rectale. Allingham insiste sur la nécessité qu'il y a de ne pas chercher trop haut cet orifice, ordinairement voisin des sphincters. — Si le toucher rectal révèle quelque point suspect, on essaiera d'en pratiquer le cathétérisme à l'aide d'un stylet recourbé, en ayant soin de ne pas se laisser induire en erreur par la sensation d'une lacune de Morgagni plus développée qu'elles ne le sont d'habitude.

C'est encore par le toucher rectal que l'on reconnaît certaines variétés de fistule comme la *fistule en fer à cheval*, fréquente au dire d'Allingham. On perçoit dans ce cas la sensation d'une induration bilatérale plus ou moins irrégulièrement circulaire; le malade même accuse dans certains cas la sensation interne de cette induration, quelque chose comme un *morceau de fil de fer*.

Chez les tuberculeux avérés, l'aspect extérieur est quelquefois caractéristique : les bords de la fistule sont le plus souvent décollés, irrégulièrement déchiquetés, les sphincters offrent peu de résistance, enfin les poils de la région anale sont plus longs, plus fins et plus soyeux que chez les individus bien portants (Allingham).

L'examen du rectum par le toucher rectal, si utile pour le diagnostic des fistules ordinaires, permet seul de rapporter à leur véritable cause celles qui viennent compliquer les rétrécissements de

l'organe : on reconnaît d'ailleurs entre eux les rétrécissements divers aux signes qui leur sont propres.

Pronostic. — Les fistules à l'anus constituent une infirmité qui incommodent fort diversement les malades. Les uns demandent avec instance à en être débarrassés; d'autres, moyennant quelques soins de propreté, n'en sont guère gênés, et, s'il ne survient pas d'inflammation, ne se soucient pas d'être opérés. Ces inflammations sont malheureusement communes; une fistule négligée devient souvent le point de départ de phlegmons nouveaux dans le voisinage, et, de simple qu'elle était, se transforme en une fistule à branches multiples.

C'est une raison de conseiller aux malades l'opération.

Traitement. — Nous ne saurions décrire avec détails tous les procédés mis en pratique depuis Hippocrate jusqu'à nos jours pour traiter les fistules à l'anus. Nous nous contenterons donc d'énumérer : 1^o les *cautérisations* si employées des anciens : nitrate d'argent, fer rouge, trochisques de minium, pâte de Vienne, chlorure de zinc; 2^o la *compression*, qui donne bien rarement de bons résultats; 3^o l'*injection iodée* si vantée par Boinet, si souvent employée encore aujourd'hui, et si rarement suivie de succès; les injections irritantes; l'usage des eaux sulfureuses qui ne purent guérir les patients envoyés par Louis XIV dans le but d'expérimenter leur efficacité. — Nous placerons dans cette même catégorie la *ligature simple* ou *apolinoise*, déjà recommandée par Celse, Avicenne, et la section à l'*écraseur linéaire de Chassaignac*, instrument excellent d'ailleurs, mais dont les avantages ne compensent pas ici la lenteur et les douleurs de l'opération. — Enfin, nous dispenserons le lecteur de la description de toutes les variétés de *syringotomes* employés jusqu'à nos jours. L'arsenal chirurgical ne peut que gagner à être simplifié, et nous pensons qu'avec une sonde cannelée, un bistouri, des ciseaux, un fil de caoutchouc et un thermocautère, le chirurgien peut mener à bien le traitement de n'importe quelle fistule à l'anus simple ou complexe. — Deux méthodes se partagent donc aujourd'hui la faveur des opérateurs.

1^o *L'incision simple ou avec excision*;

2^o *La ligature élastique*.

Mais avant de les appliquer, certaines précautions doivent être prises : le malade sera purgé la veille; le matin même, on administrera un ou plusieurs lavements pour bien nettoyer l'extrémité inférieure du tube digestif.

La région ayant été rasée avec soin et bien lavée avec une solution antiseptique, le malade est couché comme pour l'exploration de la fistule. — Une sonde cannelée est introduite par l'orifice externe et poussée jusque dans le rectum par l'orifice interne, ou si l'on ne trouve pas ce dernier orifice, par le point le plus élevé du trajet au niveau duquel on perforera la muqueuse rectale; le doigt recevra la pointe de la sonde, la couvrira de l'extrémité de l'ongle, et ainsi protégée la ramènera au dehors par l'anus. Le trajet sera fendu sur la sonde au bistouri dans toute son étendue; s'il est entouré de callosités, celles-ci seront excisées avec des ciseaux courbes. L'excision, quoi qu'en ait dit Chassaignac, est dans certains cas un complément fort utile de l'incision. Le simple grattage du trajet avec la curette de Volkmann nous paraît toujours nécessaire et généralement suffisant.

Le thermo-cautère est l'instrument de choix de beaucoup d'opérateurs; avec lui l'opération est plus simple qu'avec le bistouri; on n'a aucune perte de sang, et on remplace le nettoyage du trajet par sa cautérisation. Nous ne le conseillons pourtant que dans les fistules multiples qui exigent des débridements nombreux. Il semble en effet rendre la guérison plus lente. Il a, il est vrai, la réputation de mettre les malades à l'abri des hémorrhagies et des complications graves: érysipèle, infection purulente, mais ces accidents ne se montrent véritablement plus lorsqu'on prend la précaution de faire un pansement convenable. — Le véritable pansement antiseptique est basé sur l'emploi de l'iodoforme soit en poudre, soit à l'état de gaze iodoformée. Il n'est pas nécessaire d'employer des mèches; le malade est soumis les premiers jours à la diète et à l'usage de l'opium; le pansement est renouvelé au bout de trois ou quatre jours.

L'hémorrhagie est ordinairement insignifiante dans l'opération de la fistule; au besoin on l'arrêterait avec des pinces à forcipressure que l'on laisserait en place pendant douze heures. — Il se produit parfois dans les premiers jours un peu de rétention d'urine, du ballonnement, quelques coliques. — L'infection purulente, l'érysipèle, communs autrefois, ont disparu avec les pansements actuels. La cellulite pelvienne est possible surtout à la suite d'opérations étendues; les pansements antiseptiques ont encore rendu cet accident infiniment rare. — Parfois la plaie reste anémiée, pâle; des décollements inaperçus se manifestent; le thermocautère modifiera fort heureusement cet état de choses.

La *ligature élastique* est fort en honneur chez les chirurgiens anglais; elle se pratique avec un tube en caoutchouc ou avec un lien plein de 2 à 3 millimètres de diamètre, comme l'a proposé sir H. Thompson. Cette méthode, sur laquelle Dittel de Vienne a un des premiers attiré l'attention en 1875, avait été employée auparavant par Grandesso Silvestre de Vienne en 1862, et par H. Lée et Holtouse en 1870. — Le tube sera bien tendu de prime abord et les deux extrémités de l'anse seront maintenues par un fil de soie bien serré et entortillé avec les extrémités du tube élastique. Allingham se sert de tubes de Galli qu'il écrase sur le fil élastique. — Dans ces conditions, on observerait peu de douleurs, pas d'hémorrhagie et peu de suppuration; le fil comprime plus qu'il ne coupe. La chute du lien s'effectue généralement vers le sixième ou septième jour en moyenne; cela dépend, bien entendu, de l'épaisseur des tissus à sectionner. — Si nous en croyons Allingham, la guérison serait plus rapide que par les autres méthodes; elle serait complète en vingt jours au lieu de trente-cinq.

Un inconvénient fâcheux résulte, quelle que soit la matière employée, de l'incision complète du sphincter, nécessaire dans certains cas: je veux parler de l'incontinence des matières; il est bien rare qu'elle ne diminue pas sensiblement par les progrès de la cicatrisation.

Nous ne sommes plus au temps où l'on croyait au rôle utile des fistules en tant qu'émonctoires, et tout le monde aujourd'hui convient de la nécessité d'opérer, même chez les tuberculeux, à part les cas ultimes. Allingham, qui a traité cette question avec tant de compétence, insiste par des faits sur les bons résultats obtenus lorsque le malade est découragé, à la condition qu'on opère dans une bonne saison, en choisissant un moment où il n'y ait pas de poussée tuberculeuse et en se mettant dans les meilleures conditions hygiéniques et thérapeutiques possibles. — Ces sages préceptes ont une importance que nous n'avons pas besoin de relever.

2^o *Fistules pelvi-rectales supérieures.*

Les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur nous permettront d'être fort bref sur les fistules qui leur font suite et dont Pozzi a tracé l'histoire dans sa thèse de doctorat, Paris, 1875. — Ces fistules sont de

longs trajets de 8 à 15 centimètres qui perforent le releveur et viennent s'ouvrir à la peau de la région anale à 4 ou 6 centimètres environ de l'anus. — La longueur de l'induration qui les entoure et qu'il est facile d'apprécier par le toucher rectal constitue un des points les plus importants du diagnostic, comme aussi une des grandes difficultés du traitement. Elles seraient toutes borgnes externes, d'après Poulet et Bousquet.

On traite ces fistules par la section lente du rectum avec l'entérotome à branches parallèles de Richet, qui est bien préférable à celui de Dupuytren pour ce cas particulier.

5° *Fistules ostéopathiques.*

Les fistules d'origine osseuse qui se montrent dans la région anale proviennent du sacrum, du coccyx, ou de l'os iliaque : branche ischio-pubienne, tubérosité de l'ischion. — Le pus qu'elles sécrètent renferme parfois des séquestres osseux. — Ces fistules se creusent leur trajet soit dans la fosse ischio-rectale, soit dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Elles s'ouvrent surtout à la partie postérieure de l'anus, vers la région coccygienne; on les trouve encore à la partie inférieure de la fesse, au voisinage du pli fessier, principalement lorsqu'elles sont liées à une lésion de l'ischion ou des parties voisines.

Leur traitement consiste dans le curage du trajet et, au besoin la résection de la portion osseuse atteinte, coccyx (Petit), branche ischio-pubienne (Duplay), tubérosité de l'ischion.

CHAPITRE III

FISSURE A L'ANUS.

La dénomination de *fissure à l'anus* doit être exclusivement réservée à des *ulcérations du canal de l'anus*, généralement *étroites et allongées* et s'accompagnant à un degré variable de *névralgie* et de *contracture* de la région sphinctérienne; c'est l'ulcère irritable douloureux des Anglais.

Cette définition nous permet d'écarter nettement du cadre de la

fissure anale toutes les ulcérations sans contracture de l'anus qui s'y trouvaient confondues avant les travaux de Boyer (1818).

Seules les variétés dites *sphinctérienne* par Blandin et *sphinctérale* par Chassaignac dans leur description des fissures anales, répondent en réalité à cette définition, ainsi que ces auteurs l'avaient d'ailleurs soigneusement indiqué; nous nous abstenons à dessein de reproduire des divisions qui ne peuvent créer que de la confusion.

Étiologie. — La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que l'affection est plus fréquente chez la *femme* que chez l'homme. On l'observe surtout de 25 à 40 ans, et particulièrement entre 25 et 50.

Elle est très rare chez le vieillard; Allingham l'a cependant observée chez un homme de 80 ans. — La vraie fissure est également rare chez le nouveau-né, bien que la description des fissures chez les enfants à la mamelle ait été faite non sans quelque confusion par plusieurs auteurs (Gautier, Aubry, Mabboux, Duclos).

La proportion des fissures aux autres affections du rectum est supérieure à 1/10 : 446/4000 (Allingham).

La plupart des *érosions de l'anus* peuvent s'accompagner des caractères symptomatiques de la fissure anale. Le tempérament nerveux, les tendances hystériques et tous les troubles sexuels que l'on observe chez les jeunes femmes créent un terrain éminemment favorable à l'éclosion de cette contracture névralgique, qui est un des principaux éléments de la fissure.

Certaines érosions se produisent sous l'influence de causes déterminantes très nettes; ce sont, d'une part, celles qui résultent de la constipation habituelle et opiniâtre, et en second lieu les érosions traumatiques.

Les *érosions dues à la constipation* sont provoquées par le passage d'un bol fécal trop dur ou trop volumineux. A cette catégorie se rattachent l'influence des habitudes sédentaires, l'étréitesse congénitale de l'orifice anal (Sarremone, D. Mollière), la paralysie, l'inertie du rectum (Bretonneau, Trousseau, Thiry), les déviations utérines, les cystites chroniques (Allingham).

Les *érosions traumatiques* sont tantôt des déchirures produites par l'introduction maladroite de la canule d'un irrigateur, tantôt des éraillures provoquées par la pédérastie.

En dehors de ces conditions ou conjointement avec elles, les éro-