

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 Chassaing 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'écllosion 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'étrécissement congénital 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-

sions fissuriques se montrent aussi à la suite d'altérations de la région anale ou de la partie inférieure du rectum : hémorroïdes, polypes (Allingham), érythème, eczéma. L'accouchement, par suite des tiraillements qu'il impose aux parties, la vaginite et la blennorrhée anale, par l'humidité qu'elles entretiennent au niveau de l'anus, facilitent encore l'établissement des fissures.

Les érosions syphilitiques peuvent se transformer en fissures ; on observe ce fait surtout à la fin de la période de réparation du chancre induré de l'anus. Les plaques muqueuses se terminent souvent de la même façon, par des fissures multiples.

**Pathogénie.** — Pourquoi une lésion minime détermine-t-elle les désordres névralgiques intenses que nous allons décrire ? Quelle est la cause essentielle de la fissure anale ?

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question considéraient l'ulcération comme la conséquence du spasme du sphincter (Boyer, Dupuytren, Méral, Vidal de Cassis). Boyer allait jusqu'à admettre que cette contracture pouvait à elle seule constituer toute la maladie.

Presque tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord avec Sanson, Blandin, Velpeau et Chassaignac, pour admettre que la contracture du sphincter est le résultat et non la cause de l'ulcération fissuraire. L'irritation partie des nerfs sensitifs dont les extrémités sont peut-être mises à nu, comme le pense Allingham, cette irritation, disons-nous, s'irradie par voie réflexe d'une part vers le sphincter et le releveur, dont elle détermine la contracture, de l'autre vers les nerfs sensitifs voisins, qu'elle ébranle douloureusement.

Cette prédominance de l'élément ulcération est encore admise par Gosselin, qui refuse cependant de croire à la contracture permanente du sphincter.

**Symptomatologie.** — Trois symptômes principaux caractérisent la fissure à l'anus :

- 1° La douleur ;
- 2° La contracture spasmodique du sphincter ;
- 3° L'ulcération.

1° *Douleur.* — L'élément le plus intense de la fissure, celui qui parle le plus haut, la douleur, présente bien des variétés ; elles nous semblent pouvoir toutes rentrer dans l'excellente division des fissures indiquée par Gosselin :

- 1° Variété tolérante ;
- 2° Variété intolérante.

Dans la *variété tolérante*, le malade se plaint d'une sensation de cuisson, de chaleur pénible au niveau de l'anus ; cette sensation douloureuse se développe pendant la défécation, et persiste surtout un certain temps après, une heure environ, mais elle n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations. — Caractère principal, l'ulcération fissuraire supporte assez bien le contact du doigt ou de tout autre corps extérieur.

Il n'en va pas ainsi dans la *variété intolérante*, si bien décrite par Boyer. La région anale est le siège d'une douleur atroce, continue, avec des crises horriblement douloureuses que le malade cherche en vain à calmer par les positions les plus bizarres. Ces souffrances deviennent parfois plus vives au moment de la défécation, mais une détente momentanée suit cet acte douloureux et se prolonge pendant 15 à 20 minutes ; puis la crise recommence, plus pénible et plus douloureuse encore : sensation de brûlure comparée à celle que produirait l'introduction dans l'anus d'une tige de fer rouge, sentiment de constriction atroce, d'arrachement horriblement pénible ; on ne peut imaginer les comparaisons dont se servent les malades pour traduire les souffrances qu'ils éprouvent. Outre cette douleur locale, des élancements douloureux s'irradient vers la vessie, la matrice, le périnée, le petit bassin.

Cette crise persiste pendant plusieurs heures, 5, 6 et jusqu'à 10 heures ; il n'est pas rare de voir les malheureux fissuriques chercher à se détruire au milieu d'un accès.

Tel est le tableau de la maladie confirmée ; souvent elle ne s'établit que graduellement : après plusieurs mois de fissure tolérante, on voit progressivement survenir la variété si pénible dont nous venons de chercher à tracer les traits principaux.

Il est facile de se faire une idée des symptômes qui en sont la conséquence. Le patient, cherchant à reculer le plus possible le moment de la défécation, refuse presque toute nourriture, ne prend que le strict nécessaire ; la constipation devient de plus en plus opiniâtre ; la défécation, toujours plus douloureuse, s'accompagne parfois de petites hémorragies qui peuvent laisser des traces à la surface des matières.

Le mal ne fait que s'accroître ; tout mouvement de la région sphinc-

térienne devient l'occasion d'une crise; la marche, le rire, la toux, l'éternuement, suffisent à la provoquer.

Ce n'est pas tout; la constipation amène des troubles digestifs, dyspepsie, gastralgie; elle s'accompagne de troubles sympathiques, coliques utérines, spasmes vésicaux, névralgies sciatiques, crurales. — La nutrition ne se fait plus, le malade maigrit; une chloro-anémie rebelle s'établit; en même temps le moral s'affecte de plus en plus; l'hypochondrie, d'autres états nerveux graves surviennent fréquemment.

2° *La contraction spasmodique*, qui entre pour une part considérable dans les effets que nous venons de décrire, n'est pas admise par Gosselin, qui ne croit pas qu'en dehors de l'accès cette contraction soit supérieure à la tonicité normale du sphincter chez les jeunes sujets; elle ne paraît cependant pas douteuse. Au dire de Chassaignac, elle serait continue avec exacerbations au moment de la défécation et des crises douloureuses; on la constaterait surtout bien par l'introduction du doigt dans l'anus; enfin on fait justement valoir en faveur de son existence, cet argument important que la douleur de la fissure disparaît instantanément par la section ou la dilatation du sphincter.

3° *Ulcération*. — Chez un individu qui présente les troubles fonctionnels sur lesquels nous nous sommes longuement arrêtés, il faut rechercher l'ulcération qui en est la cause. — Ce n'est pas là une opération facile, tant s'en faut; la contracture du sphincter s'oppose au déplissement de la muqueuse anale; le contact du doigt sur l'ulcération amène, dans la variété intolérante, des crises douloureuses qui, pour être un peu moins fortes que celles qui suivent la défécation, n'en sont pas moins pénibles. On se trouvera bien, pour faire cette exploration, de l'éversion de la muqueuse anale pratiquée à l'aide d'un petit ballon en caoutchouc introduit vide dans le rectum et gonflé ensuite (méthode de Chassaignac); des applications locales de cocaïne rendraient peut-être l'exploration plus facile; au besoin, on administre le chloroforme.

On constate en définitive, au niveau d'un des plis radiés de l'anus, en dedans de l'orifice, au niveau de la région sphinctérienne le plus souvent, une petite ulcération généralement unique, allongée, elliptique et latérale, quelquefois postérieure (Riche).  
Le fond est rosé, granuleux, saignant, parfois lisse et grisâtre; les

bords, à peine marqués au début, sont plus tard taillés à pic, légèrement indurés ainsi que la base. Un petit tubercule muco-cutané, papille saillante d'apparence polypiforme, en indique assez souvent la place, et, dans un certain nombre de cas, c'est lui qui se présente le premier à l'examen de la région (Allingham).

Au lieu de la fissure type que nous venons de décrire, on trouve quelquefois des ulcérations circulaires généralement sus-sphinctériennes: la douleur de la défécation serait ici moins vive, mais la crise qui survient un quart d'heure après ne serait pas moins insupportable que celle de l'ulcération elliptique.

Enfin à ces caractères viennent s'ajouter à la longue des modifications du sphincter: ce muscle serait rétracté d'abord (Sarremone), plus tard il présenterait un certain degré d'hypertrophie, appréciable ou plutôt soupçonnable d'après la sensation que donne le toucher rectal. On ne saurait mieux comparer celle-ci qu'à celle d'un anneau en caoutchouc fort serré et fort épais.

**Diagnostic.** — Il n'est pas d'affection du rectum qui occasionne des douleurs aussi atroces; le diagnostic différentiel n'est donc pas difficile. Au début cependant, quand on n'interroge pas suffisamment les malades et qu'on n'examine pas la région, on pourrait croire, étant donnés les pertes de sang légères et le petit tubercule qui marque souvent la fissure, qu'il s'agit d'hémorroïdes externes; il suffit d'y regarder. La névralgie anale essentielle ne sera admise qu'après un examen des plus complets, permettant d'affirmer qu'il n'y a pas la plus petite ulcération anale. L'état des veines voisines sera soigneusement noté, pour savoir si la fissure n'est pas d'origine hémorroïdaire; les antécédents spéciaux, maux de gorge, chute des cheveux, éruptions cutanées, seraient nécessaires pour affirmer sa nature syphilitique.

**Pronostic.** — Le tableau que nous avons tracé nous dispensera d'insister sur ce chapitre; ce n'est pas une affection grave, mais, d'autre part, elle est assez douloureuse pour imposer et justifier une thérapeutique immédiate et sévère.

**Traitement.** — Dans la variété tolérante surtout, on a recours aux préparations opiacées et belladonnées, suppositoires, mèches, pommades, purgatifs légers, lavements répétés pour combattre la constipation, lavements astringents au ratanhia, au sulfate de cuivre

(méthode de Bretonneau et de Trousseau), pour combattre l'inertie du rectum.

Pour peu que la fissure soit un peu ancienne, il faut recourir aux moyens chirurgicaux.

La *cautérisation* au fer rouge ou avec l'acide azotique fumant, le nitrate acide de mercure, conviennent à quelques formes peu douloureuses; ce sont des exceptions.

Les deux méthodes qui se partagent la faveur sont : en Angleterre, l'incision, en France, la dilatation forcée.

L'*incision* peut être bornée aux téguments (Dupuytren, Copeland), entamer partiellement le sphincter (Chassaignac), le comprendre tout entier (Boyer). On a encore conseillé la section sous-cutanée du sphincter (J. Guérin, Blandin, Demarquay). — L'incision peut être faite avec l'écraseur linéaire, il est préférable d'employer le bistouri ou le thermocautère.

L'*excision* de la fissure (Jobert de Lamballe) y est souvent jointe avec avantage; elle doit s'étendre au petit tubercule polyforme qui marque le bord de l'ulcération; employée seule, elle ne suffit pas.

La *dilatation* nous semble la méthode de choix : pratiquée pour la première fois par Récamier, elle peut être *graduelle*; le mieux est qu'elle soit *brusque, forcée*; on la pratique soit avec les deux pouces (Nélaton), soit avec les deux index (Gosselin), jusqu'à ce que les doigts touchent les ischions; on se contente le plus souvent de tractions latérales; Richet conseille d'y joindre la dilatation antéro-postérieure; Valette, Desgranges, D. Mollière emploient le *speculum uteri* d'A. Paré et font la dilatation lente en une demi-heure ou trois quarts d'heure.

Une question importante se rattache à cette opération : faut-il la faire sous le chloroforme? La plupart des chirurgiens répondent affirmativement; d'autres, frappés des dangers et des accidents fréquents dont s'accompagne dans ces cas l'emploi des anesthésiques, opèrent sans endormir (Courty, Nicaise).

## CHAPITRE IV

## HÉMORRHOÏDES

Nous définirons les hémorrhoides, avec Gosselin, des *varices des veines du rectum, susceptibles de donner du sang à un moment donné*.

Laissant à la notion chirurgicale de *tumeur variqueuse* son importance capitale, cette définition a l'avantage de ne pas rejeter absolument le *flux sanguin*, souvent décrit par les anciens auteurs sous la même dénomination.

Hippocrate savait déjà que les hémorrhoides étaient des tumeurs formées par la dilatation des veines du rectum, mais il les considérait comme un émonctoire de l'atrabile. Cette fausse notion, qui conduisait à l'abstention thérapeutique, devait se perpétuer jusqu'au commencement de ce siècle. Galien, Celse, Aétius, Ambroise Paré, Stahl les regardaient encore comme avantageuses. Peu à peu cependant les chirurgiens, frappés des inconvénients qu'elles présentaient, songèrent à les traiter. Boyer, Bérard, Amussat, Chassaignac en France, Fergusson, Houston, Curling en Angleterre, prirent la plus grande part à ce mouvement.

Parmi les traités classiques spéciaux et les mémoires publiés sur ce sujet, les leçons de Gosselin sur les hémorrhoides (1866) méritent une place spéciale; nous leur ferons de nombreux emprunts.

**Division.** — Depuis Stahl on étudie deux classes d'hémorrhoides :

1° *Les hémorrhoides externes;*

2° *Les hémorrhoides internes.*

Cette distinction est surtout importante en clinique : les premières occupent l'ouverture anale elle-même, les secondes siègent à l'intérieur du rectum et au-dessus du sphincter.

**Étiologie.** — *Fréquence. Age. Sexe.* — Les hémorrhoides figurent pour près d'un quart dans la statistique de 4000 maladies du rectum que nous donne Allingham; ce chiffre doit encore être loin de la réalité, et il suffit, pour s'en convaincre, de songer à tous ceux qui ne sont pas suffisamment incommodés par les hémorrhoides pour consulter le chirurgien. Elles sont rares dans l'enfance, mais elles exis-