

## XIV

## ULCÉRATIONS ANO-RECTALES

## ULCÈRES SIMPLES

Les auteurs confondent plus ou moins sous le nom d'*ulcères simples* toutes les ulcérations non spécifiques du rectum ; quelques-uns réservent ce nom à l'ulcère variqueux. Comme le fait remarquer P. DELBET c'est une dénomination fautive : elle signifie simplement que l'ulcération n'est ni dysentérique, ni typhique, ni syphilitique, ni tuberculeuse. Encore une ulcération typhique ou dysentérique, spécifique à son début, cesse-t-elle rapidement de l'être et n'est-elle plus entretenue secondairement que par des microbes vulgaires.

On ne pourrait conserver cette expression qu'en l'appliquant à une lésion analogue à ce qu'est l'ulcère simple du tube digestif, de l'estomac par exemple. Or cet « ulcère simple » du rectum existe-t-il ?

Dans une thèse très sérieuse et très documentée, GANDY<sup>1</sup> s'est attaché à montrer le rôle de la toxémie dans la pathogénie de l'ulcère simple.

Bien que les auteurs qui ont étudié l'ulcère simple admettent son existence sur toute l'étendue du tube digestif (CRUVEILHIER, LEBERT, LEUDET, LEMOINE, etc.), les observations publiées sous le nom d'ulcères simples du rectum se rapportent à des causes variées (syphilis, tuberculose, hémorrhoides, etc.). Cependant l'ulcère simple véritable a été bien observé.

*Cliniquement*, BOLLINGER<sup>2</sup> au cours d'une angiocholite calcu-

<sup>1</sup> GANDY. L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies. *Thèse de Paris*, 1899.

<sup>2</sup> BOLLINGER, in J. WOLTE. *Ueber die Häufigkeit des runden Magengeschwürs Inaug. Diss. München*, 1883.

leuse avec abcès aréolaires du foie, a constaté à côté d'érosions et d'ulcérations gastriques, d'autres ulcérations siégeant au niveau du rectum.

A défaut de la clinique nous avons les résultats de l'*expérimentation*.

Les mêmes conditions expérimentales, dit GANDY, (injections de toxiques, de toxines, etc.) qui peuvent produire des ulcérations dites simples de l'estomac, du duodénum, produisent aussi des lésions identiques du rectum quoique bien plus rarement. HEILBORN<sup>1</sup>, CATHELINÉAU<sup>2</sup> ont obtenu des ulcérations par des injections sous-cutanées de sels de mercure ; COHN<sup>3</sup> par des injections intra-artérielles de pus.

Les *ulcérations toxiques* du rectum se produiraient donc par le même mécanisme que les ulcérations simples du tube digestif. On les observe surtout dans l'urémie et dans l'intoxication par les sels de mercure.

Dans les *ulcérations urémiques*, TREITZ attribue la production de l'ulcère à l'action du carbonate d'ammoniaque sur la muqueuse digestive. Les lésions, d'ailleurs nullement limitées au rectum, intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse, parfois les fibres musculaires sous-jacentes ; elles ont une certaine profondeur et présentent en général leur grand axe longitudinal. Elles sont susceptibles de guérir mais elles peuvent causer des hémorragies considérables.

*Ulcérations par les sels de mercure*. — Des solutions trop concentrées de sublimé mises au contact de la muqueuse rectale peuvent amener la destruction des éléments anatomiques par action directe, comme le ferait d'ailleurs toute autre substance caustique.

Dans d'autres cas, le mercure, transporté par voie sanguine,

<sup>1</sup> HEILBORN. Experimentelle Beiträge zur Wirkung subcutaner Sublimat injectionen. *Archiv. für experim. Pathol. und Pharmak.* 1881, XIII, p. 371.

<sup>2</sup> CATHELINÉAU. Recherches expérimentales sur le bichlorure de mercure. *Thèse de Paris*, 9 mars 1892.

<sup>3</sup> COHN. *Klinik der embolischen Gefässkrankheiten*. Berlin, 1860, p. 510.

provoque au niveau de la muqueuse du rectum et du gros intestin des lésions analogues à celles qui caractérisent la stomatite mercurielle. Il y a congestion et œdème de la sous-muqueuse, éscarres superficielles jaunâtres suivies d'érosions et même d'ulcérations arrondies pouvant atteindre d'assez grandes dimensions.

Comme *symptômes*, une diarrhée abondante amenant l'évacuation au milieu d'une assez grande quantité de liquide, de matières grisâtres, fétides, renfermant du sang et des débris de muqueuse. En même temps une douleur vive, aiguë, une sensation de brûlure, du ténésme, témoignent d'une irritation intense de toute la région ano-rectale. La suppression de la cause, c'est-à-dire de l'emploi du mercure, amène rapidement la régression du mal.

La cicatrisation peut être assez lente à se faire ; on prétend qu'elle peut amener à sa suite la production d'un rétrécissement. Le fait est exact, mais ce n'est pas par rétraction cicatricielle ; c'est bien plutôt par suite de la rectite intense qui existe que se produisent ces rétrécissements.

Le *traitement* n'a rien de spécial ; contre les hémorragies le tamponnement peut être insuffisant : d'où le précepte d'examiner directement la surface ulcérée, pour placer une pince ou une ligature sur le vaisseau qui saigne, s'il y a lieu.

### ULCÈRE VARIQUEUX

C'est l'ulcère hémorroïdal décrit pour la première fois par ROKITANSKY. Il a été surtout étudié en Angleterre par CURLING, BALL, CRIPPS, en Amérique par GILLES, KELSEY, en France par PÉAN et MALASSEZ, QUÉNU etc... Assez fréquent pour ce dernier auteur, ou du moins beaucoup moins rare que ne pourrait le faire supposer le silence observé par la plupart des classiques, il existerait chez la plupart des hémorroïdaires qui saignent d'une façon un peu persistante.

L'*âge* a une certaine importance, ces ulcérations se rencontrant surtout chez les gens âgés. Elles siègent le plus souvent dans la région anale mais elles peuvent remonter plus ou moins haut

dans l'ampoule et QUÉNU et HARTMANN en ont constaté jusqu'à 8 et 10 centimètres de l'anus.

Au début c'est une simple excoriation, une *érosion superficielle* de la muqueuse. Plus tard, c'est une *véritable ulcération* de forme arrondi ; au niveau du sphincter, la présence des plis radiés lui donne une forme fissuraire qui disparaît quand on étale la région. Le fond est grisâtre, atone, les bords un peu surélevés, festonnés. A distance la muqueuse présente des dilatations des veines hémorroïdales dont les lésions maxima siègent naturellement au pourtour de l'ulcération, d'où la teinte bleuâtre qui existe à ce niveau.

QUÉNU a fait l'*étude histologique* de ces lésions.

Dans l'*érosion*, les lésions restent superficielles ; l'épithélium disparaît par places, ailleurs il est granuleux, creusé de vacuoles à noyau peu distinct. Mais déjà on est frappé de l'altération de la muqueuse transformée en tissu caverneux : ainsi s'explique l'abondance des hémorragies.

Dans l'*ulcère variqueux proprement dit*, la même transformation caverneuse existe au pourtour de l'ulcération.

Au niveau de l'ulcération elle-même l'épithélium est détruit, le corps muqueux disparaît et au milieu des fibrilles conjonctives qui forment le fond de l'ulcère, on trouve des infiltrations sanguines, des thromboses veineuses. Ces thromboses sont dues à des poussées de phlébite ; elles sont suivies d'escharres. Ainsi s'expliquent la production de l'ulcération primitive, sa persistance et sa transformation en ulcère.

QUÉNU insiste aussi sur les lésions de névrite interstitielle qui occasionnent des douleurs et contribuent aussi à la persistance de l'ulcération.

**Symptômes.** — Ce sont ceux des ulcérations rectales.

1° *Troubles de la sensibilité.* — Ordinairement ils sont minimes : c'est plutôt une sensation de pesanteur, de douleur vague dans la région sacrée ; mais il peut exister du ténésme, de faux besoins, des douleurs vives accompagnant et suivant la défécation comme dans la fissure.

2° *Écoulements muco-purulents.* — Ils existent avec une certaine

abondance; ils sont dus à la sécrétion qui se fait continuellement à la surface de l'ulcération et sont expulsés avec les matières fécales. La nuit, les mucosités s'accumulent dans la partie inférieure du rectum et arrivent à être assez abondantes pour provoquer le matin au réveil la sensation de besoin de défécation. Le malade n'expulse qu'une certaine quantité de liquides mélangés de glaires et de matières comparées à du blanc d'œuf ou de la gelée de poisson, parfois à du marc de café. ALLINGHAM insiste beaucoup sur cette diarrhée matinale importante au point de vue du diagnostic.

3° *Hémorragies*. — Ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique explique que ce soit le symptôme capital. Tantôt ce sont de *petites hémorragies* qui reviennent à chaque défécation tachant les matières fécales; peu importantes par elles-mêmes, elles deviennent graves par leur répétition car elles finissent par anémier le sujet. Tantôt ce sont de *grandes hémorragies* dues à l'ouverture d'un vaisseau plus volumineux. Le sang s'accumule dans le rectum jusqu'à ce qu'il provoque un besoin d'évacuation et le malade expulse 50, 100, 200 grammes de sang pur, rutilant; l'hémorragie cesse alors pour reparaitre plusieurs jours ou plusieurs semaines plus tard.

Dans quelques cas exceptionnels l'hémorragie peut prendre de telles proportions qu'elle amène la mort par épuisement.

En présence d'un malade qui saigne d'une façon un peu répétée, il faut donc penser à l'existence possible d'un ulcère variqueux.

Le *toucher* est douloureux; il permet de reconnaître la présence d'hémorrhoides avec une ulcération bien constituée, mais les érosions superficielles lui échappent.

L'*examen au spéculum* est indispensable. Après anesthésie à la cocaïne (badigeonnages ou injections), une valve étant introduite dans le rectum, on peut constater la présence d'une ulcération et voir la source de l'hémorragie. Il est facile de distinguer cette ulcération de celles qui accompagnent la tuberculose, le cancer, etc.

Non traités, ces ulcères ont peu de tendance à guérir; ils peuvent conduire graduellement le malade à la cachexie. Nous

avons vu plus haut qu'il sont fréquemment l'origine de complications inflammatoires, phlegmons du creux ischio-rectal, fistules, etc.

**Traitement.** — Le *traitement* a pour but de modifier la surface de l'ulcère pour lui redonner de la vitalité.

Pour les ulcères bas situés on peut essayer les astringents (acide tannique) ou mieux les cautérisations au nitrate d'argent. CRIPPS insiste sur les excellents résultats que donnent le repos absolu dans le décubitus horizontal et le régime alimentaire, dans ces ulcères envahissants (*rodent ulcer*).

Le plus souvent on devra recourir à la dilatation suivie de cautérisation au fer rouge.

Dans quelques cas d'ulcères très limités l'excision peut se trouver indiquée.

XV  
FISSURE ANALE

Nous donnerons le nom de fissure anale à une ulcération petite, superficielle, siégeant au niveau de la région anale, provoquant des douleurs vives et s'accompagnant d'une contracture spasmodique du sphincter.

Ce n'est pas une entité morbide, mais un syndrome clinique pouvant se rapporter à des ulcérations de causes diverses. C'est dire que toutes les ulcérations que nous avons étudiées, hémorroïdaires, syphilitiques, tuberculeuses ou autres peuvent présenter les symptômes de la fissure ; le plus souvent pourtant, il s'agit d'ulcères simples hémorroïdaires ou non.

C'est BOYER<sup>1</sup> qui le premier décrit la fissure anale ; il avait reconnu le rôle de la contracture sphinctérienne et proposé pour la combattre un traitement rationnel et efficace, l'incision.

**Étiologie.** — Toutes les ulcérations peuvent donner lieu à des fissures et nous ne ferons que citer : les *ulcérations simples*, herpès, traumatisme, lésions provoquées par l'expulsion de matières dures et volumineuses chez des sujets constipés ; les *ulcérations syphilitiques*, chancres ou plaques muqueuses qui, malgré l'opinion de DUPLAY deviennent, rarement il est vrai, fissuraires ; les *ulcérations tuberculeuses* de la région anale ; les *ulcérations de la rectite*, etc.

Le plus ordinairement, 7 à 8 fois sur 10 dit QUÉNU, ce sont des *ulcérations variqueuses*, et l'on peut dire que la constipation

<sup>1</sup> BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 605. — *Journ. complém. des Sc. médic.*, nov. 1818.

et les altérations hémorroïdaires de la muqueuse anale sont les causes ordinaires de la fissure.

Il n'est pas rare enfin de voir certaines fissures se rencontrer chez des femmes atteintes d'écoulements vaginaux suspects. L'irritation produite par le contact prolongé de ces liquides amène des lésions cutanées d'abord superficielles, puis plus profondes ; elle va jusqu'à produire de véritables ulcérations qui prennent le caractère fissuraire.

*Sous quelles influences ces ulcérations se transforment-elles en fissures ?* Voilà ce que nous ne savons guère.

L'âge a peu d'importance. Bien que ce soit plutôt une affection de l'adulte, on la rencontre aussi chez le vieillard et chez l'enfant (GAUTHIER<sup>1</sup>, AUBRY<sup>2</sup>).

La femme est peut-être un peu plus atteinte que l'homme, mais c'est surtout au tempérament nerveux, irritable des sujets qu'il faut faire jouer le rôle de cause prédisposante. La fissure occasionne d'une façon réflexe le spasme du sphincter. Ce spasme est secondaire et non primitif, comme l'enseignait Boyer, qui admettait même la « contracture sans gerçure ».

Faut-il donc chercher au niveau de l'ulcération elle-même la cause de cette irritabilité si grande ? ALLINGHAM donnait de cette irritabilité deux raisons : la première était la grande mobilité du sphincter externe, la seconde, l'abondance des nerfs qui envoient de nombreux filets au-dessous de la membrane muqueuse ; une ulcération superficielle *met à nu ces nerfs* qui pourront s'enflammer. QUÉNU examinant au point de vue histologique des fissures opérées par excision, n'a jamais pu trouver de filets nerveux mis à nu, mais il a observé des lésions matérielles de *névrite* qui expliquent les douleurs si vives même alors que la fissure originelle a fait place à une cicatrice.

**Symptômes.** — En dehors de l'examen physique la symptomatologie se résume en un seul signe, mais celui-là constant

<sup>1</sup> GAUTHIER. De la fissure chez l'enfant. *Thèse de Genève*, 1863.

<sup>2</sup> AUBRY. De la fissure à l'anus principalement chez les enfants à la mamelle. *Thèse de Paris*, 1865.

et caractéristique, permettant de faire presque d'emblée le diagnostic, la *douleur qui suit la défécation*.

Le malade porteur d'une fissure souffre bien au moment de la défécation, mais c'est une douleur d'intensité moyenne, une sensation de déchirure que produit le passage irritant des matières sur une surface ulcérée; cette douleur présente son maximum au moment précis où le bol fécal franchit l'anus en forçant le sphincter et elle s'accompagne d'un léger écoulement de sang rouge à la fin de la défécation.

La véritable douleur de la fissure apparaît quelques instants après; elle est due au spasme du sphincter. C'est une sensation de brûlure plus ou moins vive, ce qui fait distinguer à GOSSELIN des fissures tolérantes et intolérantes, et à D. MOLLIÈRE des fissures tolérables et intolérables. Dans les cas graves, les malades la comparent à celle que pourrait produire l'introduction d'une barre de fer rouge; elle a son maximum au niveau de l'anus avec des irradiations multiples — vers le petit bassin, retentissant sur la vessie et pouvant provoquer de l'incontinence ou de la rétention — vers la région lombaire suivant la direction du colon, — vers les membres inférieurs suivant la sciatique — ou plus souvent vers le périnée, les organes génitaux, le cordon. Elle atteint vite son maximum et dans les cas légers disparaît au bout d'un quart d'heure, une demi-heure environ, mais il n'est pas rare de la voir durer deux, quatre, six heures et plus.

Pendant tout ce temps les malades immobiles évitent tout déplacement, tout effort qui pourrait augmenter leur douleur. Aussi n'est-il pas rare de les voir éviter d'aller à la garde-robe, exagérer leur constipation, se priver même de nourriture dans le but de diminuer leurs souffrances. Il en résulte rapidement des troubles de l'appareil digestif, de l'amaigrissement, un teint jaune, indiquant l'intoxication lente et la profonde atteinte de l'état général.

J'ai connu un professeur qui désireux de remplir ses fonctions n'allait à la garde-robe que le soir, de là une insomnie qui, jointe aux troubles digestifs, avait créé chez ce malade un état d'anémie des plus accusés.

Il faut ajouter à cela les troubles nerveux, l'irritabilité, la tristesse de ces sujets qui souffrent, se préoccupent et se croyant atteints d'une affection, se donnent parfois volontairement la mort.

**Diagnostic.** — L'ensemble de ces troubles fonctionnels est si caractéristique qu'avant de passer à l'examen direct on sait déjà qu'il existe une fissure.

Cette fissure d'ailleurs a besoin d'être *cherchée*; elle est cachée au fond des plis radiés que la contraction instinctive du sphincter rend encore plus profonds. Au lieu d'étaler successivement tous ces plis, une manœuvre très simple permet souvent de savoir où se trouve la fissure et où l'on doit la chercher de préférence. L'index promené doucement autour de l'orifice anal provoque en un point une douleur vive, le malade se dérobe: c'est là que se trouve la fissure.

D'ordinaire elle siège à la partie postérieure dorsale, à quelques millimètres de la ligne ano-cutanée. C'est une petite ulcération, étroite, véritable crevasse longitudinale, allongée suivant la direction des plis, superficielle car elle n'intéresse que la muqueuse et encore pas dans toute son épaisseur; souvent elle est cachée par un petit capuchon qui recouvre sa partie supérieure. Le fond est parfois rouge, vermeil, plus ordinairement grisâtre, atone, les bords sont souples ou un peu épaissis.

Cette exploration est délicate; le moindre mouvement tant soit peu brusque réveille de vives douleurs en provoquant la la contracture du sphincter, contracture que le doigt perçoit nettement à travers les téguments sans qu'il soit nécessaire de pratiquer le toucher rectal. La contracture en dehors de la vue de la fissure est un excellent signe; peut-être même, comme le prétendait BOYER, peut-elle exister seule.

Quand la fissure un peu haut située ne peut être aperçue, il faut pratiquer le toucher rectal. Le doigt introduit très doucement pour provoquer le minimum de douleur, explore circulairement le canal anal et la partie inférieure de l'ampoule. Parfois une légère excroissance, une sorte de petit polype indique le siège de l'ulcération dont le doigt perçoit les bords indurés.

Dans d'autres cas la région paraît normale et c'est sur la douleur vive que provoque la pression en un point très limité, sur le spasme musculaire qui accompagne cette douleur qu'on se base pour faire le diagnostic de fissure.

Un examen plus complet ne pourrait guère se faire sans anesthésie; si la chose était nécessaire, quelques injections interstitielles de cocaïne permettraient d'introduire un spéculum et d'inspecter soigneusement toute la muqueuse.

A côté de cette forme caractéristique qui constitue la véritable fissure, on observe dans certains cas un syndrome à peu près analogue, mais plus subaigu et moins net dans son évolution.

La douleur après la défécation existe, mais elle est moins vive, elle reste au même degré pendant plusieurs heures, sans atteindre le maximum d'intensité qui dans la forme précédente, rend la fissure « intolérable ». On voit ces *phénomènes fissuraires* survenir chez des sujets atteints de colite, de rectite; ils semblent dus à l'inflammation plus vive de la région anale baignée par le pus et présentant même parfois de légères exulcérations. Chez les femmes atteintes d'écoulements vaginaux suspects, toute la région ano-périnéale est enflammée, érythémateuse et les lésions superficielles suffisent peut-être pour provoquer la douleur.

A l'examen on ne trouve pas cette fissure unique, postérieure, mais un anus irrité, eczémateux, *craquelé*, présentant parfois des végétations, des condylomes. Entre deux condylomes on peut apercevoir une légère ulcération plus douloureuse à l'examen qu'elle ne l'est au moment de la défécation. Le sphincter n'est pas ordinairement dans cet état de vigilance dont nous avons parlé précédemment et le toucher rectal peut se faire sans trop de souffrance pour le malade.

Nous avons observé ces mêmes troubles chez les femmes atteintes de déviations utérines, antéversions, rétroversions surtout et nous ne savons trop à quoi les attribuer; est-ce à la lésion utérine, à la constipation habituelle chez ces malades, ou encore aux hémorrhoides qui coexistent fréquemment? Quoi qu'il en soit ces phénomènes fissuraires cèdent comme la fissure à la

dilatation, mais moins franchement et souvent ils récidivent au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans d'autres cas, les accidents douloureux ne sont plus localisés au sphincter anal: ils siègent au niveau du coccyx et du raphé ano-coccygien. C'est à cette douleur coccygienne que SCANZONI<sup>1</sup>, après SIMPSON<sup>2</sup>, a décrite sous le nom de *coccygodynie*. La douleur existe vive à la pression au niveau du coccyx; le moindre contact l'exaspère, et c'est à peine si parfois le malade peut s'asseoir. Cette douleur si spéciale relève parfois d'une lésion coccygienne, traumatique (contusion fracture<sup>3</sup>) ou inflammatoire (ostéite); elle peut être symptomatique d'une lésion de voisinage (métrite, pelvi-péritonite, néoplasme pelvien), mais elle survient aussi sans cause appréciable et risque souvent dans ces cas d'être confondue avec une véritable fissure anale.

Le jeune âge du sujet ne doit pas faire exclure l'idée d'une fissure; il faut y penser au contraire quand on voit un petit enfant constipé, s'agiter, crier au moment des gardes-robes, témoignant ainsi d'une vive souffrance. Souvent la présence de quelques gouttes de sang dans les selles amène à faire l'exploration de l'anus et aide au diagnostic. Chez beaucoup l'état général reste bon; chez d'autres on voit, si l'on n'intervient pas, de l'amaigrissement se produire, des vomissements et même des convulsions se déclarer.

La fissure n'étant pas une maladie par elle-même, il importe de diagnostiquer la cause de l'ulcération devenue fissuraire. C'est en somme le diagnostic des ulcérations du rectum qui sera traité ailleurs.

La fissure peut guérir sous l'influence des soins de propreté, des cautérisations. Ce sont plutôt des rémissions que l'on obtient par ce traitement, rémissions plus ou moins longues à la vérité et qui peuvent durer des années. Les vraies fissures sont rebelles à tous les traitements autres que l'incision ou la dilatation.

<sup>1</sup> SCANZONI. *Krankh. der Weib. Sexualorg.*, t. II, p. 225.

<sup>2</sup> SIMPSON. *Diseases of Women*, 1872, p. 202.

<sup>3</sup> G.-A. MURSICK. *Americ. J. of med. Sc.*, janvier 1876, p. 122.

**Pronostic.** — Par elle-même la fissure ne comporte aucune gravité, mais par les douleurs qu'elle provoque, par la constipation qu'elle entretient, par son retentissement sur l'état général, elle devient une affection sérieuse qui mérite d'être traitée chirurgicalement.

**Traitement.** — Quand les douleurs ne sont pas très vives, on peut employer les moyens simples : contre la constipation les laxatifs ; contre l'infection, les grands lavages boriqués très chauds, les cautérisations au nitrate d'argent ; contre la douleur les suppositoires cocaïnés, le bromure à l'intérieur, etc. Pour peu que la fissure soit caractérisée, il faut en venir au traitement chirurgical.

On a abandonné l'excision de JOBERT de LAMBALLE et la cautérisation. Actuellement on n'emploie plus que deux méthodes : l'incision du sphincter ou la dilatation.

L'incision encore très en honneur en Angleterre n'est guère pratiquée en France. Il faut la réserver aux cas qui ont résisté à la simple dilatation.

La dilatation pratiquée depuis RECAMIER est une intervention beaucoup plus simple et qui donne des résultats constants. Voici comment on la pratique : le malade est anesthésié à l'éther et l'anesthésie est poussée jusqu'à la résolution complète : on évitera ainsi les syncopes mortelles qui se produisent parfois avec le chloroforme comme l'a démontré une discussion qui eut lieu en 1890 à ce sujet à la Société de chirurgie. La région ano-rectale doit être lavée et préparée comme pour une véritable intervention ; nous insistons sur ces précautions antiseptiques, car c'est peut-être à l'oubli de ces préceptes que certains malades dilatés présentent 39 ou 40° de température le soir de l'opération. Le malade étant dans la position de la taille on peut alors faire la dilatation.

Si l'on veut se servir des doigts, les pouces ou les index introduits dos à dos dans l'anus s'écartent et vont presque au contact des ischions. Le sphincter qui résiste tout d'abord se laisse peu à peu distendre ; l'opérateur s'arrête dès qu'il a la sensation de cette résistance vaincue. Je préfère à la di-

latation digitale, la dilatation avec le spéculum de TRÉLAT.

Dans les cas de maladie de cœur, de pusillanimité des malades, on peut recourir à la cocaïne et M. RECLUS a eu le mérite de prouver qu'avec quelques seringues (8 à 16) d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, on pouvait anesthésier les couches cutanée, muqueuse et musculaire de la région.

Après l'opération il suffit d'appliquer sur la région quelques compresses imbibées d'eau boriquée. Les douleurs consécutives à la dilatation persistent pendant 2 ou 3 heures ; c'est une sorte de douleur continue que les mouvements, la toux, les efforts peuvent réveiller. Dès le lendemain on aperçoit tout autour de l'anus une belle ecchymose noirâtre de plusieurs centimètres d'étendue qui atteste le degré de la dilatation et son efficacité. Au bout de quelques jours, la petite ulcération guérit spontanément. On observe assez souvent à la suite de la dilatation, de la rétention d'urine comme dans toutes les opérations portant sur cette région, ou encore de l'incontinence des matières fécales, mais c'est une incontinence qui ne persiste pas.

Les *récidives* sont rares ; on les voit particulièrement dans les cas de phénomènes fissuraires, coexistant avec une déviation utérine ou des lésions de rectite.

QUÉNU a cherché à quoi l'on devait attribuer les bons effets de la dilatation. Ses expériences lui ont montré qu'après cette opération on ne constate aucune déchirure importante de la muqueuse. Il n'existe pas non plus de déchirure des fibres du sphincter, ni du raphé. La dilatation n'agirait donc pas comme l'incision : elle paralyse le centre ano-spinal par l'intermédiaire des nerfs sensitifs en produisant l'atonie réflexe des sphincters.

Dans un cas de coccygodynie rebelle nous avons fait avec plein succès thérapeutique la résection du coccyx.