

Fistule chez un sujet sain, non tuberculeux : malade non amaigri. Fosse ischio-rectale non déprimée. L'affection résulte d'un abcès aigu ou, tout au moins, subaigu et toujours douloureux ; la peau a ses caractères normaux tout autour de l'orifice externe ; l'orifice interne est régulier.

Fistule chez un sujet tuberculeux : Malade amaigri. Fosse ischio-rectale déprimée par disparition de la graisse qu'elle contient normalement. La fistule résulte d'un abcès qui évolue chroniquement, sans douleur. La peau est bleuâtre, ulcérée (nous ajouterons : décollée, amincie) autour de l'orifice externe ; l'orifice interne est large, irrégulier.

Il faut, en tout cas, examiner soigneusement le malade, l'ausculter, et tenir grand compte de ses antécédents héréditaires et personnels.

Fissures. — Quand un malade vient dire au chirurgien qu'il éprouve, au moment de la défécation, une sensation de brûlure atroce, que l'acte terminé il ne souffre plus ou n'éprouve qu'une légère cuisson ; mais que, dans un espace de temps, qui varie d'un quart d'heure à une demi-heure après les selles, il est repris de douleurs plus violentes qu'au début, douleurs qu'il compare à une brûlure au fer rouge, à un écrasement de l'anus fait avec de fortes tenailles, et qui peuvent persister pendant une, deux trois ou quatre heures même, le doute n'est guère permis, il s'agit d'une *fissure à l'anus*. Il faut rechercher cette fissure. Souvent, en passant simplement le doigt autour de l'orifice anal, on peut déjà déterminer le siège de la fissure, car, quand on arrive à presser au niveau correspondant à l'ulcération, le malade accuse, le plus souvent, une douleur poignante. L'avantage de cette manière de procéder est que, si l'on veut confirmer le diagnostic par la vue, on peut le faire sans tâtonnement, en écartant les plis de l'anus et regardant attentivement au niveau du point douloureux. Mais, souvent aussi, cette manœuvre de déplissement, redoublant les douleurs, fait contracter le sphincter, sans permettre de découvrir l'ulcération. Il est généralement préférable d'engager le malade à faire un petit effort comme pour aller à la selle. On arrive ainsi, fréquemment, à apercevoir la fissure entre les plis radiés à droite ou à gauche de

l'anus, mais bien plus souvent, en arrière, du côté du coccyx. Tantôt elle est rosée, vermeille, à bords non saillants ; tantôt elle est grisâtre, à bords durs et calleux ; quand elle est ancienne, il n'est pas rare de la voir surmontée d'une petite tumeur, en forme de végétation ou de tubercule. Si on ne trouve pas la fissure, il ne faut pas dire qu'elle n'existe pas, et l'affection est assez grave, pour qu'on anesthésie le malade. Rien n'est plus simple, alors, que de pratiquer un examen minutieux de la région anale et de se rendre compte de toutes les particularités que peut présenter la lésion. On peut même, au besoin, se servir d'un spéculum.

Nous n'avons rien dit de l'état du sphincter externe, toujours contracturé, quoi qu'en ait dit Gosselin. Est-il bien utile de rechercher cette contracture par le toucher, quand on a trouvé la fissure et que l'interrogatoire du malade a révélé les symptômes qui l'accompagnent ? Nous ne le croyons pas ; il faut éviter au malade la douleur horrible que produit cette manœuvre, et c'est pour cela que nous ne conseillons pas de chercher à faire le diagnostic de la fissure, d'emblée par le toucher rectal : il révélera sans doute la contracture du sphincter, mais s'il ne permet pas de reconnaître la fissure, il y a bien des chances pour que le malade ne veuille plus laisser le chirurgien continuer son examen. Si nous rejetons le toucher, à plus forte raison proscrivons-nous le procédé de Chassaignac qui consiste à introduire, dans le rectum, une petite poire en caoutchouc, à l'insuffler, puis à tirer sur la tige, de manière à attirer au dehors la muqueuse et, par conséquent, la surface de l'ulcération.

Si après un examen minutieux, pratiqué même sous le chloroforme, on ne trouve pas de fissure, force est d'admettre qu'il s'agit d'une *névralgie essentielle de l'anus*, dans laquelle, la douleur se montre spontanément, à toute heure du jour et de la nuit, tandis que dans la fissure, elle se montre au moment et un peu après la défécation.

Il faut s'efforcer, la fissure étant reconnue, de faire le diagnostic de sa cause originelle. Les plaques muqueuses péri-anales ulcérées et douloureuses se reconnaîtront facilement ; le chancre anal, devenu fissuraire, présente parfois une grande analogie avec la vraie fissure, généralement il est

moins douloureux qu'elle. On peut se trouver en présence d'une hémorroïde externe, cutanéomuqueuse, légèrement ulcérée, ici le diagnostic ne présente pas de difficultés.

Hémorroïdes. — Beaucoup de malades se plaignent d'hémorroïdes, alors qu'ils n'en ont point. Avant de pratiquer l'examen de l'anus et du rectum, si on interroge le patient, il est des cas dans lesquels ses réponses permettent de faire le diagnostic ; c'est ce qui arrive quand il dit qu'il est constipé depuis quelques jours, qu'il a depuis cette époque une sensation de pesanteur dans le petit bassin, que la défécation est très pénible, accompagnée de douleurs qui s'irradient vers le sacrum et les lombes et souvent aussi, vers l'urètre la vessie chez l'homme, les organes génitaux internes chez la femme, qu'il a en outre des maux de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, une sensation désagréable de chaleur générale ; qu'enfin il éprouve à l'anus une tension désagréable, qu'il y a constaté la présence de petites grosseurs douloureuses, ou bien qu'il perd, à chaque selle, une quantité plus ou moins grande de sang. Il ajoute, souvent, que ces accidents se sont déjà produits à plusieurs reprises ; ce sont de véritables *crises* qui apparaissent sans cause appréciable, et disparaissent de même, après l'affaissement des tumeurs anales, s'il s'agit d'hémorroïdes externes, après des hémorragies plus ou moins abondantes et répétées, s'il s'agit d'hémorroïdes internes.

En présence de ce tableau symptomatique, l'examen de l'anus et du rectum s'impose.

Les *hémorroïdes externes*, turgescents, se reconnaissent aisément, ce sont des tumeurs violacées, bleuâtres, réductibles à la pression, ou au contraire dures, irréductibles, quand elles sont enflammées ; dans ce dernier cas, on trouve souvent, à leur surface, de petits points grisâtres, indices d'un sphacèle curateur ; parfois elles s'abcèdent. Si le diagnostic est facile, quand l'hémorroïde externe est turgescence ou enflammée, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'hémorroïdes indurées ou d'hémorroïdes à l'état d'affaissement ou de flaccidité. Elles peuvent être alors confondues avec des *condylomes*, mais ceux-ci, outre qu'ils siègent le plus souvent

à la partie postérieure de l'anus, tandis que les hémorroïdes externes siègent en un point quelconque de l'orifice, sont généralement aplatis, et présentent une surface plus ou moins rugueuse due à l'hypertrophie du derme. Dans l'hémorroïde, au contraire, la peau a conservé, généralement, son épaisseur et sa consistance normales.

Les *hémorroïdes internes non procidentes*, sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile. On est aidé assez souvent par la présence d'hémorroïdes externes, mais elles n'impliquent pas la présence d'hémorroïdes internes et se rencontrent dans nombre d'affections du rectum. Le seul signe ici, c'est la perte de sang. Si les symptômes congestifs, décrits plus haut, existent, il y a bien des chances pour qu'on ait affaire à des hémorroïdes internes ; mais, s'ils ne se montrent pas, c'est peut-être un néoplasme du rectum, un rétrécissement avec ulcération de la muqueuse qui donne lieu à l'hémorragie ; aussi le toucher rectal vient-il lever les doutes. S'il est pratiqué avant que les hémorroïdes internes se soient affaissées, il peut révéler l'existence de tumeurs arrondies, molles, compressibles, sessiles ou pédiculées, qui ne sauraient guère laisser de doute dans l'esprit du chirurgien. Il pourrait cependant penser à un *polype* du rectum. Mais, outre que cette affection est rare et s'observe plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte, alors que c'est le contraire pour les hémorroïdes, celles-ci sont en général multiples, tandis que le polype est unique ; elles se réduisent par la compression, le polype ne diminue pas de volume par cette manœuvre, il forme une grosse tumeur, les hémorroïdes ont un volume moindre. D'ailleurs, ce diagnostic différentiel ne se pose que bien rarement, car il est exceptionnel qu'on pratique le toucher rectal quand les hémorroïdes internes sont turgescents, c'est bien plus souvent après le flux sanguin ; alors, la tumeur hémorroïdale reprend généralement son caractère de flaccidité, et il faudrait avoir un tact bien exercé, pour constater avec le doigt, les excoriationes qui ont permis au sang de s'échapper à l'extérieur. Ce que l'on sent, c'est une muqueuse plus ou moins turgescence formant de nombreux plis, et, ce n'est que par l'ensemble des symptômes observés, qu'on arrive au diagnostic des hémorroïdes

internes non procidentes. La dilatation anale qui est leur meilleur mode de traitement, quand elles ne sont pas symptomatiques, permet d'ailleurs de les reconnaître aisément.

On se trouve très souvent aussi, en face de malades qui sont atteints d'*hémorroïdes internes procidentes réductibles*.

Ils disent qu'à chaque fois qu'ils vont à la selle, ils constatent, en faisant la toilette de l'anus, outre la présence du sang, celle d'une masse plus ou moins volumineuse qui, sortie de l'anus, n'y rentre qu'avec une pression plus ou moins prolongée et quelquefois très difficilement. Quand ils viennent consulter, si la masse est rentrée, il faut leur donner un lavement, le leur faire rendre devant soi, et il est souvent possible de reconnaître la présence d'hémorroïdes qui entraînent avec elles la muqueuse rectale.

On peut se demander s'il s'agit bien d'hémorroïdes et si on n'a pas plutôt affaire à un polype ou à un prolapsus de la muqueuse rectale. On ne pense même pas à ces deux hypothèses quand il arrive, ce qui est fréquent, que les hémorroïdes internes procidentes sont entourées par une couronne d'hémorroïdes externes turgescents.

Le *polype* qui sort par l'anus se distinguera aisément des hémorroïdes procidentes, quelle que soit sa variété, à sa forme, à sa couleur, à sa surface framboisée, à la constatation, par le toucher, d'un pédicule mince qui le relie à la muqueuse rectale et encore, à ce caractère, qu'il forme une tumeur unique, tandis que les hémorroïdes forment des tumeurs multiples.

Le *prolapsus de la muqueuse rectale* peut ainsi donner le change au chirurgien, en raison des hémorragies qui l'accompagnent quelquefois. Outre que c'est une maladie de l'enfance on le reconnaît à ce que, quand il s'agit d'une éversion totale de la muqueuse, la tumeur anale forme un cylindre complet, dont la surface plissée et rougeâtre, n'offre guère d'analogie avec les hémorroïdes; puis, au centre, existe un orifice par lequel on entre dans l'intestin, enfin, à la périphérie, le cylindre muqueux se continue avec la peau de l'anus. Quand la muqueuse n'est éversée que partiellement, on pourrait plutôt croire à des hémorroïdes; mais il n'y a pas de tumeur surajoutée aux tuniques rectales comme dans

les hémorroïdes, et seulement quelques replis rougeâtres et humides qui permettront encore de faire le diagnostic. D'ailleurs, il y a toujours un certain degré de prolapsus de la muqueuse dans les hémorroïdes procidentes.

Quant au *prolapsus total*, à la chute de toutes les tuniques du rectum, son gros volume, sa forme cylindrique ou globuleuse; l'épaisseur de ses parois qu'on constate bien, en saisissant une des moitiés de la tumeur entre l'index introduit dans l'anus et le pouce placé sur la face externe du prolapsus, la présence à sa surface de plis muqueux transversaux, le relâchement très prononcé des sphincters; sont des signes qui permettent de reconnaître facilement l'affection.

Ce n'est pas tout que d'avoir reconnu les *hémorroïdes*, il faut encore rechercher si elles ne sont pas *passives*, c'est-à-dire *symptomatiques d'une tumeur abdominale ou d'une altération viscérale mettant obstacle à la circulation veineuse du rectum*. Le palper abdominal dans les deux sexes, le toucher rectal chez l'homme, vaginal et rectal chez la femme, permettront de résoudre la première question; l'exploration du *foie*, de la *rate*, la percussion et l'auscultation des *poumons* et du *cœur*, permettront de donner une solution à la seconde.

Rétrécissement et cancer. — On rencontre très fréquemment, dans la pratique, des malades qui accusent les symptômes suivants: rareté et difficulté des selles qui se montrent depuis longtemps, si bien que les patients, pendant une longue période, se croient simplement constipés; puis une constipation opiniâtre s'établit, des coliques, des borborygmes ou des phénomènes douloureux apparaissent au moment de la défécation. Les malades ont fréquemment des épreintes, des faux besoins, et ne vont à la selle qu'au prix des plus grands efforts. Souvent aussi, chaque défécation s'accompagne de l'issue d'une certaine quantité de mucus filant, mélangé parfois largement à du sang, ou à un pus ichoreux verdâtre et diffus.

Plus tard, l'évacuation des matières se trouve de plus en plus gênée et l'on peut voir survenir subitement des douleurs abdominales intenses, accompagnées des symptômes de l'occlusion intestinale incomplète. Puis des selles abondantes,

une véritable débâcle, arrivent ; le malade interrogé sur la forme des matières qu'il rend dit souvent qu'elles ressemblent à de petites boules, qu'elles sont ovillées selon l'expression consacrée, ou encore qu'elles sont aplaties, comme passées à la filière.

En présence de ces symptômes, auxquels s'ajoutent souvent des troubles dyspeptiques intenses, de la pâleur des traits, de la perte des forces, de l'amaigrissement, le chirurgien doit pratiquer l'examen de l'anus et du rectum, car ils indiquent l'existence d'un rétrécissement du rectum.

Si le toucher rectal fait sentir une masse friable, irrégulière fongueuse, saignant facilement, il n'y a pas de doute à conserver, on est en présence d'un cancer du rectum.

S'il montre un canal rigide, régulièrement cylindrique, à parois souvent cannelées, dans lequel le doigt s'engage plus ou moins difficilement et que surmonte (si l'extrémité supérieure du cylindre peut être franchie, ce qui est rare) une autre portion plus molle, ulcérée ; si le doigt ramène une quantité plus ou moins considérable de pus fétide, on devra penser à un rétrécissement et, plus particulièrement, au rétrécissement dit syphilitique.

Voilà les cas types : mais, dans le cancer non ulcéré, la confusion est facile, car ce genre de dégénérescence des parois rectales présente la même dureté que les rétrécissements. Ceux-ci se montrent généralement sous forme d'un cylindre fibreux, tandis que le cancer constitue, beaucoup plus volontiers, une tumeur proprement dite, donnant au toucher la sensation d'une production plus ramassée et plus globuleuse que le rétrécissement fibreux. En outre, au point de vue de la durée, les premiers symptômes du rétrécissement remontent, en général, à une époque beaucoup plus éloignée que ceux du cancer.

On doit toujours, en présence d'un rétrécissement du rectum, qu'il soit cancéreux ou fibreux, se rendre compte de l'état de la muqueuse qui le recouvre. Dans le rétrécissement fibreux elle est toujours intéressée, dans le cancer avancé souvent détruite, dans les néoplasmes non ulcérés, elle est fréquemment adhérente à la tumeur, infiltrée à une distance plus ou moins grande. Quand on est en présence d'un

néoplasme, il faut encore s'enquérir de sa mobilité, et de son adhérence aux organes voisins, car de cette constatation, dépend la conduite thérapeutique.

Il ne faut jamais négliger l'examen de l'anus. On peut y trouver des fissures, des indurations des plis rayonnés, des condylomes, indices qui appelleront l'attention du côté du rétrécissement dit syphilitique. D'autres fois on rencontrera des trajets fistuleux, des hémorroïdes, qui pourraient donner le change, si on ne pratiquait pas un examen complet.

En résumé, le diagnostic est assez facile (avec les réserves faites plus haut) entre le cancer et le rétrécissement cylindrique fibreux. Il faut maintenant se demander de quelle nature est le rétrécissement. Il y a quelques années encore, on répondait nettement qu'il était de nature syphilitique, qu'il était un accident tertiaire de la vérole, et comme il se manifeste, le plus souvent, très tard après le chancre, on prononçait même le mot d'accident quaternaire, et la maladie prenait le nom de *syphilome ano-rectal*. Or, rien ne ressemble davantage aux rétrécissements prétendus syphilitiques du rectum que les rétrécissements de l'urètre d'origine blennorrhagique, tant au point de vue de l'évolution clinique que de l'anatomie pathologique. Il s'agit là, en somme, d'une lésion d'ordre inflammatoire, c'est l'aboutissant d'une *rectite* (Gosselin, Duplay, Berger, Delbet et Mouchet, etc.).

Dans quelques cas bien étudiés, le rétrécissement cylindrique est dû à une *rectite chronique dite hypertrophique* qui évolue de plusieurs façons différentes, « amenant soit la production de végétations papillomateuses (rectite proliférante d'Hammon, molluscums fibreux ano-rectaux de Reclus), soit la production d'un anneau fibreux (rectite sténosante, rétrécissement dit syphilitique), soit enfin la production simultanée d'une virole fibreuse et de végétations papillomateuses dans les cas, qui ne sont pas très rares, où les deux formes évolutives s'associent. » (Delbet et Mouchet, *Arch. gén. de Médecine*, 1893.)

Le rétrécissement cylindrique, sténosant, s'observe surtout à l'âge mûr et plus particulièrement chez la femme. On

voit quelquefois, à cet âge, mais surtout chez des adolescents de quinze à vingt ou vingt-cinq ans, qui accusent une constipation habituelle, des valvules en forme de diaphragme ou de croissant, siégeant à 2 ou 3 centimètres de l'anus, formées d'un repli de la muqueuse de consistance normale et présentant deux faces lisses; ce sont des *rétrécissements congénitaux* qui résultent d'un vice d'évolution dans l'abouchement de l'anus et du rectum. Ce sont là les *rétrécissements congénitaux inférieurs*. Il en existe une seconde variété, ce sont les *rétrécissements congénitaux supérieurs* qui résultent d'un développement exagéré des valvules de Houston, et dont le diagnostic est d'ailleurs assez difficile.

A côté de ces rétrécissements cylindriques et congénitaux, il faut citer ceux auxquels on réservait le nom de cicatriciels ou inflammatoires, quand on regardait le rétrécissement cylindrique comme dû, exclusivement, à la syphilis; tels ceux qui résultent de plaies, de déchirures, de lésions par corps étrangers du rectum, d'excisions de fistules, d'ablations de tumeurs, d'hémorroïdes, faites avec le thermo-cautère; ceux encore de la dysentérie que Garsaux (Th. Paris, 1877) décrit comme formant, le plus souvent, une bride sous-muqueuse située à 3 centimètres au-dessus de l'anus; ceux résultant du sphacèle d'un prolapsus du rectum, etc. La forme du rétrécissement, son siège, varient naturellement avec la cause de la lésion; les commémoratifs permettent de la rapporter à sa véritable cause.

Enfin, il faut se rappeler que les *inflammations péri-rectales*, phlegmons ischio-rectaux, de l'espace pelvi-rectal supérieur, peuvent, par la formation consécutive de tissu inodulaire, rétrécir considérablement le calibre du rectum sans que ses parois soient atteintes. Ce sont là les *rétrécissements extrinsèques*, péri-rectaux, qui amènent d'ailleurs les mêmes troubles fonctionnels que les rétrécissements proprement dits, encore appelés intrinsèques.

A côté du cancer du rectum, il faut placer le *cancroïde de l'anus*, qui se développe au niveau de l'orifice anal. S'il peut naître sur une fissure ou une ulcération quelconque, il se présente le plus souvent, au début, sous la forme d'un tubercule que le malade qualifie de bouton. En même temps que

le tubercule se développe, il s'ulcère et donne lieu à de légères hémorragies qui se produisent au moment de la défécation. Tantôt le néoplasme reste circonscrit à l'un des côtés de l'anus, tantôt il l'entoure complètement; dans l'un et l'autre cas il se propage rarement vers le rectum, il envahit plutôt le périnée. De très bonne heure, les ganglions de l'aîne se prennent, en particulier ceux du groupe interne, et forment des tumeurs dures, très volumineuses, alors que la lésion anale est peu étendue. Kœnig insiste sur l'envahissement des ganglions situés à la fesse, le long du nerf sciatique, et Volkmann sur la forme papillaire que le cancroïde revêt quelquefois.

Tuberculose. — Cette même forme papillaire se rencontre, quoique rarement, dans la *tuberculose* qui revêt à l'anus des formes différentes. La tuberculose papillaire de l'anus, dont Hartmann ne donne que deux observations ¹, *tuberculose* dite encore *verruqueuse*, est intéressante en ce qu'elle a dû être, jusqu'ici, confondue avec des papillomes ou avec des épithéliomas. « Il s'agit de petites végétations peu saillantes au-dessus de la peau saine qui les entoure. Par places, la peau ulcérée laisse voir de petites colonnes séparées les unes des autres, agglomérées et adhérentes par une de leurs extrémités à la couche profonde, tandis que l'autre reste libre; parfois, c'est un mélange de petits mamelons et de parties villeuses. » (Hartmann.) Dans un des deux cas publiés, la lésion s'étendait dans le canal anal, se prolongeait dans le rectum à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus, et on trouvait dans l'intestin, des anfractuosités plus ou moins prononcées, séparées par des saillies. Il y avait une sécrétion purulente assez abondante. Le malade était un tuberculeux avéré. A côté de cette forme il faut citer encore une variété exceptionnelle de tuberculose anale c'est « le *lupus* qui peut se présenter sous deux formes: dans l'une il englobe à la fois les organes génitaux et la région ano-rectale; cette forme n'a été observée que chez la femme; dans l'autre il est limité à l'anus et toujours, alors, on l'a vu se développer autour de l'orifice externe d'une fistule à l'anus ». (Hartmann, *loc. cit.*) Il est bien probable

¹ Hartmann. *Rev. chir.*, 1894, p. 1 à 50.

que certains cas de lupus ano-vulvaire ont été décrits sous le nom d'*esthiomène de la vulve*.

« Les *ulcérations tuberculeuses* sont de beaucoup la lésion la plus fréquente... Le début de l'ulcération est obscur (démangeaisons, gêne locale, léger suintement). L'ulcération constituée est presque toujours une lésion du canal anal proprement dit : elle s'étend à la fois sur la peau et sur la partie avoisinante du rectum. Son contour est arrondi, polycyclique ; son fond grisâtre, inégal, quelquefois anfractueux et même fissuré, présente, par places, de petites excavations remplies de matière caséeuse. Les bords sont assez nettement taillés, quelquefois légèrement décollés, le plus souvent un peu épaissis et présentent un liséré rosé, avec pigmentation exagérée de la peau avoisinante. Dans la moitié des observations, on note un engorgement ganglionnaire inguinal, qui jamais ne s'est abcédé. » (Hartmann, *loc. cit.*)

Il faut encore rapprocher de l'ulcération tuberculeuse, et y rattacher presque certainement, cette affection, décrite par Allingham, sous le nom de *rodent ulcer*, *lupoid ulcer*.

On l'observe chez les scrofuleux où on voit se développer progressivement « une ulcération destructive, débutant à la jonction de la peau et de la muqueuse, ulcération irrégulière, à bords nettement découpés, nullement indurés, pouvant se cicatriser partiellement, pour se réulcérer ensuite. » (Hartmann.) Nous n'avons pas à revenir sur les orifices fistuleux sur le caractère desquels nous avons, plus haut, suffisamment insisté.

Ce qui aide à faire le diagnostic de ces lésions de l'anus, c'est l'état général des malades qui sont presque tous des tuberculeux et souvent des phthisiques.

Ulcération vénériennes. — On observe aussi à l'anus, presque toujours dans les plis, des *chancres mous* qui ne présentent pas de caractères autres que ceux qu'ils ont ailleurs. Quand ils sont multipliés, ils s'inoculent souvent sur des vésicules d'herpès et en affectent d'abord les caractères ; ce sont là les *chancres herpétiformes de Gosselin* ; quand plusieurs chancres existent simultanément, il y en a toujours un plus volumineux, plus large, c'est le chancre inoculateur.

On peut observer enfin à l'anus, toutes les manifestations possibles de la *syphilis* à ses diverses périodes : chancre induré, plaques muqueuses, syphilides papuleuses ; il faut toujours songer à cette maladie, quand on est en présence d'une lésion anale d'un diagnostic difficile. Quant aux gommès, elles sont très rares à la région anale et plus encore dans le rectum ; d'après Fournier, elles seraient, ici, consécutives, à l'extension de gommès périphériques. Quant au syphilome ano-rectal, considéré comme l'origine des rétrécissements dits syphilitiques, il semble, à l'heure actuelle, qu'on ne doive plus l'admettre ni le regarder comme une production spéciale, due à la diathèse syphilitique.

Enfin, quand, en présence d'une ulcération anale, on s'est assuré que ni la tuberculose, ni la syphilis ne sauraient être invoquées, il faut penser aux ulcérations dites simples, dues à l'herpès, à l'eczéma ; dans ces deux derniers cas, « il s'agit d'excoriations à bords nets, presque toujours allongées dans le sens des plis radiés, appartenant au type gerçure ; c'est ce que Galien et Celse appelaient déjà *rhagades*. Ces ulcérations sont fréquemment le siège d'inoculations secondaires vénériennes et syphilitiques, chez la femme ». (Peyrot, *Manuel de path. ext.*, t. IV.) Nous avons déjà signalé la fissure à l'anus, qui est le type de l'ulcération simple et nous n'y revenons pas.