

faut délibérément proscrire : ce sont les cautérisations avec les pâtes caustiques, la rectotomie interne profonde et la rectotomie externe. Quant à l'électrolyse, nous ne savons pas si elle est susceptible de donner des résultats.

Des autres méthodes quelle est la meilleure ?

A mon avis, le vrai traitement consisterait à intervenir dès les premières phases de la maladie, alors que les lésions sont très peu étendues en surface et en profondeur, et à faire l'extirpation de toutes les parties malades. Si l'extirpation faite tardivement pour des lésions trop étendues ne donne que des résultats médiocres, tout en présentant une gravité considérable, je suis convaincu que l'extirpation précoce serait non seulement sans gravité, mais encore très efficace. Malheureusement, nous ne voyons guère les malades au début de leur affection. Là, comme pour bien d'autres maladies, le progrès est plutôt dans la précocité de l'intervention que dans l'extension des procédés opératoires.

Dans tous les cas où le rétrécissement est assez mobile pour pouvoir être invaginé dans l'anus, comme l'a fait Hartmann, le mieux est de l'extirper. Mais ces cas sont exceptionnels.

Dans les autres, que faut-il faire? L'extirpation, on l'a vu, a perdu de plus en plus de terrain. Lapointe la réserve aux rétrécissements tuberculeux bien limités. Si on s'en tenait à cette formule, on ne la pratiquerait presque jamais, car les lésions tuberculeuses sont généralement les plus étendues. Je pense que toutes les fois que la nature tuberculeuse est établie, il faut tenter l'extirpation, parce que ces tuberculoses rectales ont une marche constamment extensive, qu'elles sont d'une extrême gravité et qu'aucun traitement ne me semble susceptible de les enrayer. Mais il peut être indiqué d'établir un anus contre nature avant de faire l'extirpation.

Lorsqu'il existe des inflammations périrectales, menace d'abcès ou même de péritonite, lorsqu'il existe des fistules multiples qui tunellisent le périnée, l'extirpation se faisant en plein milieu septique serait presque fatalement condamnée à l'insuccès, si l'on ne dérivait d'abord le cours des matières par un anus artificiel. Lorsque le malade est très affaibli, lorsqu'il y a des symptômes d'obstruction menaçante, il faut aller au plus pressé, faire encore l'anus contre nature, le faire toujours comme s'il ne devait être que temporaire, et le placer sur la première partie de l'anse sigmoïde.

Ce n'est pas seulement l'extirpation que les inflammations et les fistules contre-indiquent, mais toute espèce d'intervention sur le rectum, même la dilatation. Je le répète encore, c'est précisément lorsqu'il existe des menaces d'inflammation que la dilatation amène des accidents graves.

Mais lorsqu'il n'y a aucune inflammation périrectale, lorsque la rectite n'est pas trop intense et n'a pas rendu le rectum intolérant,

lorsqu'on n'a pas de raison de croire à la tuberculose, lorsque d'autre part le rétrécissement n'est plus mobile et que l'extirpation constituerait une opération sérieuse, avant de l'entreprendre, il faut tenter la dilatation. La dilatation lente, temporaire, progressive, me paraît être la méthode de choix. Si elle est trop douloureuse, on peut faire la première séance sous le chloroforme à la manière de Crede ou de Segond. Si la dilatation ne donne pas de résultats, il faut encore établir l'anus artificiel.

On voit donc que les indications de l'anus artificiel sont assez nombreuses, mais on peut les résumer brièvement : inflammation ou menaces d'inflammation périrectale, intolérance du rectum, échec de la dilatation.

L'anus artificiel établi, sous l'influence de la dérivation des matières, l'état local s'améliore. La rectite, les inflammations périrectales s'atténuent, et on peut reprendre les tentatives de dilatation. Si elles réussissent, il n'est pas impossible qu'on puisse ultérieurement fermer l'anus artificiel et rétablir le cours normal des matières. Mais il ne faut pas se presser de le faire : il est toujours sage d'attendre un long temps pour éviter toute récurrence.

Si les tentatives de dilatation échouent, il ne reste plus qu'à pratiquer l'extirpation. Mais elle n'est possible que lorsque les lésions ne remontent pas trop haut. Lorsque celles-ci sont très étendues, le plus sage est de s'abstenir et de laisser l'anus artificiel à perpétuité.

RECTITES CHRONIQUES ULCÉREUSES. — ULCÉRATIONS ANO-RECTALES. FISSURES.

Je ne m'occuperai pas ici des ulcérations ou des exulcérations qu'on peut rencontrer dans les rectites aiguës, banales ou blennorragiques. Elles ne constituent qu'un incident au cours de la maladie principale et ne méritent pas de description particulière. Je ne parlerai pas non plus des ulcérations déterminées par les corps étrangers, qui ont été décrites dans un chapitre précédent. Je ne m'occuperai que des ulcérations chroniques, et je décrirai simultanément celles du rectum et de l'anus.

On peut diviser ces ulcérations en trois groupes : 1° les *ulcérations toxiques* ; 2° les *ulcérations infectieuses spécifiques* ; 3° les *ulcérations dites simples*.

1° **Ulcérations toxiques.** — Les ulcérations toxiques n'ont pas grand intérêt chirurgical. Parmi les poisons qui les produisent, le sublimé est le seul qui mérite d'être cité. Dans les empoisonnements par cette substance, il y a presque toujours des ulcérations du gros intestin et du rectum. Ce n'est pas seulement dans les empoisonnements qu'on observe ces ulcérations, elles peuvent être produites aussi par une action directe du sublimé sur la muqueuse rectale.

Faure cite un cas où des lésions étendues ont été produites en quelques heures par l'introduction accidentelle d'une solution faible de sublimé dans le rectum.

Dans l'intoxication urémique, dans les urémies à forme gastro-intestinale, on observe également des ulcérations du gros intestin et du rectum. Ces ulcérations n'ont aucun intérêt chirurgical ; cependant elles donnent lieu à des hémorragies parfois terribles, et il pourrait se faire qu'on fût appelé à y remédier. Le tamponnement serait à mon sens tout à fait contre-indiqué, et la seule chose à faire serait de dilater l'anus et de lier le vaisseau qui saigne. Mais cela ne serait possible que si l'ulcération siégeait très bas.

2° **Ulcérations spécifiques.** — Les ulcérations spécifiques de l'anus et du rectum sont extrêmement nombreuses. Elles peuvent être dues à la fièvre typhoïde, à la dysentérique, à la syphilis, aux chancres mous et à la tuberculose.

a. Les ulcérations de la *fièvre typhoïde* sont rares et de peu d'importance au niveau du rectum. Il suffit de les mentionner.

b. Les ulcérations *dysentériques* existent incontestablement, mais il est bien difficile de donner des renseignements précis à leur sujet, d'autant plus qu'il est singulièrement probable que sous le nom de dysenterie, on comprend un grand nombre d'affections différentes, ou au moins dues à des agents pathogènes différents.

Ces ulcérations sont tantôt furonculeuses, tantôt serpigneuses. Dans le premier cas, elles débutent par de petites élevures noueuses dont le sommet se mortifie. L'ulcération, de couleur brune, grisâtre au centre, entourée d'une zone rouge, a les dimensions d'un pois ou d'un centime. Dans la forme serpigneuse, l'ulcère qui paraît formé par la juxtaposition d'ulcérations furonculeuses, est irrégulièrement découpé en jeu de patience. Toutes ces ulcérations peuvent se cicatriser et guérir. Mais dans certains cas, elles s'étendent ; il se forme de véritables plaques gangreneuses qui peuvent dépasser la muqueuse, creuser en profondeur jusqu'à la musculuse, et entraîner des accidents graves, abcès, cellulites pelviennes.

c. Les ulcérations de nature *syphilitique* sont plus fréquentes, au moins sous notre climat. Il faut distinguer l'accident primitif, les accidents secondaires et les accidents tertiaires.

L'*accident primitif*, le chancre induré, est, d'après les statistiques de Bassereau, de Fournier, de Jullien, beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il peut siéger soit à la marge de l'anus, soit dans le canal anal, soit dans le rectum. Le chancre de la *marge de l'anus* est un chancre cutané qui ne présente absolument rien de particulier. Dans les *plis radiés de l'anus* les chancres peuvent prendre des caractères spéciaux. Ils sont souvent allongés en forme de fissures (chancres fissuraires). L'induration des bords forme de véritables bourrelets (chancres en feuillet de livre de Fournier). Les

chancres peuvent aussi siéger sur des hémorroïdes, ce qui modifie encore leur aspect. Peut-être ont-ils plus qu'ailleurs tendance à devenir phagédéniques. Hormis le cas où ils siègent sur une hémorroïde, l'induration est difficile à sentir. Il faut pour la percevoir saisir le chancre entre l'index introduit dans l'anus et le pouce appliqué sur la marge. D'ailleurs, dans les chancres anaux, la pléiade ganglionnaire est inguinale et facile à sentir, ce qui aide puissamment au diagnostic. — Le chancre *intra-rectal* est beaucoup plus rare. Peut-être sa rareté n'est-elle qu'apparente et due à ce qu'il passe inaperçu. En général il est peu douloureux. Parfois cependant il donne lieu à de la rectite qui s'accuse par de la cuisson, des douleurs, des émissions de glaires striées de sang, crachats-rectaux de Trélat. Dans les chancres vraiment rectaux, ce sont les ganglions sacrés qui sont pris et il est bien difficile de les sentir. Aussi le diagnostic peut-il être embarrassant. Cependant l'ulcération présente une induration bien nette et assez facile à percevoir.

Les accidents secondaires frappent fréquemment l'anus, qui est un de leurs sièges de prédilection. En raison de l'humidité de la région, les syphilides secondaires prennent les caractères de plaques muqueuses. Elles peuvent d'ailleurs revêtir toutes les formes possibles, *érosives*, *papulo-érosives*, *papulo-hypertrophiques*, *ulcéreuses*. Plus ou moins arrondies dans la portion cutanée, elles prennent dans la portion muqueuse et sur les plis radiés une forme fissuraire. Ces plis, au voisinage des plaques muqueuses, sont fréquemment le siège d'une hypertrophie sur laquelle a insisté Fournier. Entre eux on trouve des érosions fissuraires. C'est cet ensemble qu'on décrit sous le nom de rhagades.

L'existence des plaques muqueuses dans le rectum proprement dit est encore sujette à contestation. D. Mollière dit en avoir vu une à 5 centimètres au-dessus de l'anus. Van Buren admet leur existence. Quénu et Hartmann ont vu une ulcération spécifique de l'anus qui remontait dans le rectum.

Newmann a signalé trois cas de myosite syphilitique du sphincter externe. Les douleurs et le ténésme étaient si pénibles qu'il dut faire la sphinctérotomie.

Parmi les *accidents tertiaires*, les gommès sont extrêmement rares, si rares même que Fournier dit n'en avoir jamais vu débiter au niveau de l'anus. Mais elles peuvent se développer dans son voisinage, et comme l'a fait remarquer Verneuil être prises après ouverture pour des fistules vulgaires. Dans le rectum, les gommès doivent être bien rares aussi, puisque Fournier n'en a jamais vu. Cependant Esmarch en donne une description. Il pense même qu'elles sont assez fréquentes, mais qu'elles sont confondues avec le cancer. Tuttle partage à peu près son opinion. Zappurla, Kuster, Freymuth

ont publié des cas de gommés rectales. En somme ce chapitre de pathologie reste presque tout entier à faire.

Quant aux ulcérations tertiaires, elles existent incontestablement et sont même assez fréquentes au niveau de l'anus. Ordinairement ovalaires ou allongées suivant l'axe des plis radiés, elles peuvent acquérir des dimensions considérables. Leur fréquence dans le rectum est sujette à discussion, mais non leur existence. Ponfick et Nickel les croient rares, et soutiennent que bien des ulcérations considérées comme syphilitiques ne le sont pas. Verlhagen, au contraire, les considère comme fréquentes. Elles occupent de préférence la partie inférieure du rectum. Elles sont taillées à pic avec des bords indurés. Elles peuvent prendre une marche envahissante, rapidement destructive, qui rappelle ce qu'on décrivait sous le nom d'esthiomène. Hahn a vu une malade qui avait le périnée détruit, transformé en un cloaque par où communiquaient le rectum et le vagin.

Pour ce qui est des rétrécissements du rectum qui ont été attribués à la syphilis tertiaire ou même quaternaire, je renvoie au chapitre précédent. (Voy. page 248).

La syphilis héréditaire peut aussi frapper la région ano-rectale. Très exceptionnelle dans la forme tardive, elle est au contraire assez fréquente dans les premières années. Elle se manifeste sous forme d'érythèmes cuivrés avec fissures sèches, ou bien sous forme d'ulcérations peu profondes, irrégulières, sinueuses, à bords taillés à pic. Tuttle et Ball ont vu des gommés.

Je me borne à signaler que Bardenheuer considère la syphilis héréditaire comme une cause de rétrécissement congénital.

d. Les *chancres mous* sont assez fréquents au niveau de l'anus, particulièrement chez les femmes. Dans les plis radiés de l'anus, ils prennent souvent une forme fissuraire. Leur évolution est peut-être plus lente que dans d'autres régions et ils deviennent parfois phagédéniques.

e. La *tuberculose* de la région ano-rectale est à mon sens d'une extrême fréquence. Ses modalités sont multiples. Les abcès froids constituent la forme la plus habituelle. Il y aurait certainement des avantages à les décrire ici, à réunir dans un même chapitre toutes les formes de la tuberculose ano-rectale et périrectale. Je suis cependant obligé, dans un article didactique, de renvoyer les abcès froids au chapitre des abcès, et je ne m'occuperai ici que des lésions de la peau ou de la muqueuse.

Les ulcérations bacillaires de l'anus et du rectum ne sont pas rares. Hartmann en 1894 en a publié 29 observations dont 12 personnelles. Ces ulcérations se développent habituellement chez des tuberculeux avérés. Elles sont, d'après Hartmann, beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Elles débutent d'ordinaire à l'union même de la peau de la muqueuse, puis s'étendent verticalement dans

les deux sens, progressant en bas vers la peau, en haut dans le canal anal jusqu'à la partie inférieure du rectum. Elles s'étendent aussi circulairement et arrivent même à faire tout le tour de l'anus. Lorsqu'il en est ainsi, il existe presque toujours une certaine incontinence pour les matières liquides et les gaz, incontinence partielle seulement, car le sphincter est conservé.

Les symptômes fonctionnels ne sont donc pas très accentués. Quant aux symptômes subjectifs, ils sont très variables. Les douleurs, à peu près nulles dans le plus grand nombre des cas, deviennent parfois extrêmement vives.

À l'examen, on voit cette ulcération qui commence à la peau et se continue en haut dans le canal anal, où elle échappe à la vue. Les bords sont irrégulièrement découpés, avec des parties saillantes et des parties rentrantes, mais ne méritant nullement le nom de polycycliques. Ces bords, de couleur livide, amincis, sont décollés, sinon partout, au moins par places. En certains points, ils sont même tout à fait excavés. Le fond est rougeâtre, comme atone, en général peu végétant. Il n'est pas cependant absolument plat et régulier, mais plutôt inégal, avec de petites dépressions, de petites fissures de couleur plus grise et même jaunâtre, qui circonscrivent de petits lobules plus rouges.

Avec le doigt, on sent très bien l'extrémité supérieure de l'ulcération et ses limites. Avec le spéculum on peut la voir.

La surface ulcérée est généralement peu suintante et peu saignante.

Outre ces ulcérations du canal anal, on trouve souvent autour des orifices fistuleux, de petites ulcérations ou de petits nodules qui sont nettement tuberculeux et prennent dans certains cas le caractère du lupus. Les altérations tuberculeuses ano-périnéales, qu'elles prennent ou non le caractère du lupus, peuvent devenir très destructives. Elles envahissent en même temps les organes génitaux, et il n'est pas douteux que bien des cas décrits sous le nom d'esthiomène de la vulve doivent rentrer dans le cadre de la tuberculose. Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels. Mais on voit assez souvent des ulcérations déjà vastes, avec un semis autour et à distance de petites ulcérations ou de petits nodules; et on a l'impression que si on laissait tous ces petits points se réunir, la lésion deviendrait rapidement destructive.

Dans le rectum lui-même, les ulcérations tuberculeuses ne sont pas très rares. Les petites ulcérations folliculaires se voient rarement. Ce qu'on observe, ce sont de vastes ulcérations, très irrégulièrement ovalaires, sans orientation bien fixe. Elles présentent des caractères très particuliers. Elles sont déprimées, en contre-bas. Le fond est un peu irrégulier, mais sans présenter de végétations qui puissent rappeler celles des cancers. Les bords, et c'est ce qu'il y a de plus particulier, sont décollés, excavés, au point qu'il y a parfois des

lambeaux de muqueuse détachés et flottants sous lesquels le doigt peut s'engager. Ces bords, loin d'être indurés ou épaissis, sont au contraire amincis.

Au spéculum, on voit le fond de l'ulcération rougeâtre, avec des traînées grises ou jaunes, et les bords d'un rouge plus ou moins sombre dans les points peu décollés, devenir tout à fait violacés et livides dans les parties où la muqueuse est flottante. On trouve quelquefois de petites ulcérations secondaires autour de la principale.

Le pronostic de toutes ces ulcérations est sérieux, surtout en raison de ce fait qu'on les observe le plus souvent chez des tuberculeux avancés.

Cependant on peut observer autour des orifices des fistules de petits nodules ou de petites ulcérations tuberculeuses chez des individus qui n'ont aucune autre lésion appréciable. Chez ces derniers, le pronostic est naturellement beaucoup moins grave.

Le diagnostic est à mon avis très facile : ces ulcérations ont vraiment quelque chose de très particulier. Leur fond peu végétant avec des traînées grises ou jaunâtres dans les points déprimés, et surtout leurs bords minces, livides, décollés au point d'être presque flottants en certains endroits, ne ressemblent à rien d'autre. Ajoutez à cela que les ganglions inguinaux sont fréquemment engorgés.

Le traitement doit être énergique, mais il est évident qu'il faut proportionner son énergie à l'état général du malade. S'il s'agit d'un tuberculeux à la dernière période et que l'ulcération soit indolente, il faut réduire le traitement au minimum. Hormis ce cas, on doit agir énergiquement, et détruire toute la surface tuberculisée. Si elle n'est pas trop étendue, le mieux est de l'enlever au bistouri et de faire la réunion de la plaie. Si ce traitement idéal est inapplicable, rendu impossible par l'étendue des lésions, il ne reste plus qu'à cautériser énergiquement avec le thermocautère toutes les parties malades.

Hartmann et Routier ont observé à l'anus une autre forme de tuberculose, la *tuberculose verruqueuse*. On sait que dans cette forme, la peau, sous l'influence de l'infiltration tuberculeuse, présente une hypertrophie des papilles qui lui donne un aspect papillomateux. On trouve alors une série de petits mamelons plus ou moins villeux, plus ou moins croûteux, séparés par des sillons ulcérés ou seulement exulcérés, qui sécrètent une sorte de sanie. Les plaques ainsi formées sont souvent recouvertes de croûtes qui ne permettent pas de bien distinguer leurs caractères. Mais si on détache ces croûtes après les avoir ramollies, on voit nettement les petits mamelons ou les villosités séparés par les sillons ulcérés. Cet ensemble est assez caractéristique.

Hartmann pense que cette forme de tuberculose a été souvent confondue avec les papillomes. Ce ne serait pas là à véritablement parler une erreur, ou au moins l'erreur ne porterait que sur la question étiologique, car il s'agit bien réellement de papillomes, mais ces pa-

pillomes, au lieu d'être dus à une irritation banale, sont engendrés par le bacille de Koch. Il est possible aussi que des tuberculoses verruqueuses aient été prises pour des épithéliomes. Cependant les mamelons villeux n'ont pas la mollesse ou la friabilité des bourgeons épithéliomateux, et la base de la plaque, bien qu'un peu indurée, est beaucoup moins infiltrée et beaucoup moins dure que celle d'un cancer.

3° Ulcérations simples. — Cette dénomination d'ulcérations simples est évidemment fautive. Toute plaie, si rien ne vient troubler son évolution, tend naturellement à guérir. Pour qu'elle persiste à l'état d'ulcération, il faut qu'il y ait une cause, elle cesse donc d'être simple; aussi le mot simple ne doit être pris que dans un sens très relatif. Il signifie simplement que l'ulcération n'est ni dysentérique, ni typhique, ni syphilitique, ni tuberculeuse. Et même, à bien prendre les choses, il n'y a aucune différence entre une ulcération typhique ou dysentérique ancienne et une ulcération dite simple, car si l'ulcération typhique ou dysentérique est spécifique à son début, elle cesse rapidement de l'être et n'est plus entretenue secondairement que par des microbes vulgaires.

Quelles sont donc les causes de la persistance de ces ulcérations réputées simples? Le rectum est un milieu éminemment septique; la présence ou le passage des matières entretient l'irritation. En outre la partie inférieure du rectum est le siège fréquent de varices, qui sont connues sous le nom d'hémorroïdes. Or, on sait que les varices entraînent des troubles de nutrition. De même que les varices des membres inférieurs amènent des ulcères de jambe, de même les hémorroïdes peuvent déterminer dans l'anus ou le rectum la formation d'ulcères.

Ces deux causes, milieu septique et troubles de nutrition, expliquent la persistance des ulcères qui surviennent dans le rectum sous une influence quelconque, traumatismes, brûlures, corps étrangers. Et, d'autre part, ces traumatismes, ces brûlures, ces corps étrangers déterminent d'autant plus facilement des ulcérations que la résistance des tissus est moindre. Ainsi de simples matières fécales durcies séjournant dans les plis de la muqueuse peuvent avoir ce résultat. C'est à ces ulcères que Nickel donne le nom d'ulcère par décubitus.

Mais à côté de ces ulcérations où une circonstance traumatique intervient, il en est d'autres qui se développent sans raison apparente et qui méritent vraiment le nom d'ulcères variqueux. Signalés par Rokitansky qui les appelait ulcères hémorroïdaux, ils ont été surtout étudiés en Angleterre et en Amérique.

Ils siègent dans le canal anal, dans l'ampoule rectale et même au-dessus. D'après Quénu et Hartmann, on pourrait en trouver jusqu'à 8 ou 10 centimètres de l'anus. Arrondis dans le rectum, allon-

gés en forme de fissure au niveau de l'orifice anal, ils ne présentent rien de particulier au point de vue de la forme. Leur seul caractère spécial, c'est que la muqueuse à leur pourtour est parcourue de fines arborisations veineuses qui leur donnent une couleur bleuâtre.

Quénu en a fait l'étude histologique et a constaté deux faits particuliers. Au milieu des fibrilles conjonctives qui forment le fond de l'ulcération, on trouve des sinus sanguins en partie thrombosés. La présence de ces sinus et leur situation superficielle expliquent les hémorragies dont ces ulcères sont fréquemment le siège. Quénu n'a pas vu de fibrilles nerveuses à nu à la surface de l'ulcération, mais il a trouvé des lésions de névrite interstitielle, lésions qui expliquent à la fois la persistance des ulcérations et les douleurs dont elles sont le siège.

Les ulcères variqueux se traduisent par les mêmes symptômes que les autres ulcérations rectales. Ils ont en outre un caractère particulier, c'est la facilité avec laquelle ils deviennent le siège d'hémorragies. Sous l'influence du plus minime effort et même parfois sans cause appréciable, en dehors des selles, le sang s'échappe. Ces hémorragies s'arrêtent spontanément, mais leur répétition fréquente peut entraîner une anémie sérieuse. Quénu a même rapporté l'observation d'un vieillard de Bicêtre chez qui l'écoulement de sang fut si abondant qu'il ne s'en releva pas et mourut en deux jours.

L'existence de ces ulcérations est facile à reconnaître ; mais le diagnostic de leur nature ne peut être fait que par exclusion.

Fissure à l'anus. — Il est certaines de ces ulcérations simples qui s'accompagnent d'un syndrome douloureux extrêmement caractéristique. Comme elles sont en général très étroites et allongées, elles sont connues sous le nom de *fissures*. Leur importance clinique est telle qu'elles méritent une description spéciale.

La fissure à l'anus a été décrite pour la première fois par Boyer. Ce premier travail est si complet qu'on n'y a rien ajouté d'important.

Qu'on comprenne bien le sens de ce mot, fissure à l'anus. Il désigne de petites ulcérations allongées, cachées au fond des plis radiés de l'anus, qui sont sans importance par elles-mêmes, mais qui déterminent de la contracture du sphincter et des douleurs particulières d'une violence extrême. Toutes les ulcérations de l'anus peuvent prendre une forme allongée, nous l'avons vu. Mais toute ulcération allongée en forme de fissure n'a pas droit au nom de fissure à l'anus. Ce nom, qui est purement clinique, ne s'applique qu'aux cas où il y a sphinctéralgie. Blandin avait divisé les fissures en sus-sphinctériennes, sphinctériennes et sous-sphinctériennes. C'était prendre la question à un autre point de vue. Les seules fissures qui s'accompagnent de sphinctéralgie sont les fissures sphinctériennes. Gosselin les a divisées en fissures tolérantes et fissures intolérantes. C'est commettre le même genre d'erreur. Il ne sera question ici que de la

fissure de Boyer, la fissure sphinctéralgique, la seule qui mérite une description particulière.

Toute ulcération anale peut devenir sphinctéralgique, même les ulcérations syphilitiques, bien que cela ait été nié. Le syndrome caractéristique de la fissure anale n'est donc nullement lié à la nature de l'affection. Il peut se rencontrer dans les ulcérations chancreuses, syphilitiques, tuberculeuses, aussi bien que dans celles qui ne sont rien de tout cela. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de petites ulcérations tout à fait banales dues au passage des matières fécales durcies.

Il y a cependant quelque chose qui n'est pas banal dans ces petites ulcérations, c'est leur persistance. Les fissures sphinctéralgiques, bien que tout à fait insignifiantes par leurs dimensions, n'ont aucune tendance à guérir. On explique cette persistance par des troubles trophiques dus aux hémorroïdes. Pour que cette explication soit bonne il faudrait que tous les malades eussent des hémorroïdes. Quénu et Hartmann déclarent que parmi les fissurés adultes, 7 à 8 sur 10 en ont. Admettons cette énorme proportion, il resterait encore 20 à 30 p. 100 des cas pour lesquels cette explication ne suffirait pas. Et puis Quénu et Hartmann déclarent eux-mêmes que la fissure anale n'est pas très rare chez l'enfant. On l'a observée en effet même chez des enfants à la mamelle, et on ne peut admettre que chez eux la proportion des hémorroïdaires soit bien considérable. Enfin, si vraiment il s'agit de troubles trophiques, il est bien difficile de comprendre comment la dilatation peut les guérir presque instantanément. C'est cependant ce qui arrive. Car après la dilatation, non seulement la fissure, mais les petites déchirures que produit l'opération guérissent avec une extrême rapidité. Il y a donc là quelque chose qui n'est pas parfaitement expliqué.

Quoi qu'il en soit, la fissure à l'anus s'observe surtout à l'âge adulte et elle est plus fréquente chez la femme.

Le syndrome fissuraire est extrêmement frappant. Il est caractérisé par ce fait que les douleurs, déterminées cependant par la défécation, n'atteignent toute leur acuité qu'assez longtemps après elle. Voici comment les choses se passent.

Au moment de la défécation, lorsque le bol fécal franchit le sphincter, se manifeste une cuisson, une sensation de déchirure qui peut être extrêmement pénible. Cette douleur est de peu de durée et ce n'est pas d'elle que les malades se plaignent le plus. Elle va en s'atténuant et peut même disparaître tout à fait. Mais au bout de quelques minutes, sans autre défécation, sans provocation nouvelle, la douleur reparait, plus atroce, plus cuisante que la première fois ; et elle va encore en augmentant au point de devenir absolument terrible. Les malades la comparent à celle que produirait l'introduc-