

large couteau du thermocautère. Il faut faire quelquefois des plaies énormes. Mais le plus souvent, il n'est pas besoin d'intéresser le rectum qui reste plus ou moins dénudé, mais intact.

Malgré la cautérisation, je fais en général la suture de ces énormes plaies sans drainage. Pour obtenir la réunion, il faut absolument supprimer tous les espaces morts. On atteint ce but, tantôt en passant de grands fils d'argent comme dans les périnéorrhaphies, tantôt en faisant plusieurs plans (deux ou trois étages) de suture au catgut (Voy. page 491).

#### ACTINOMYCOSE ANO-RECTALE.

L'actinomycose ano-rectale est fort rare. Poncet et Bérard, dans leur traité clinique de l'actinomycose humaine, n'en rapportent que sept cas. Poncet en a depuis publié un nouvel exemple.

Presque toutes les considérations que je viens d'exposer pour la tuberculose s'appliquent à l'actinomycose. Le rectum peut être atteint lui-même, mais les lésions ont pour siège principal le tissu cellulaire péri-rectal. « La muqueuse est, en effet, ordinairement saine, et c'est à travers elle, sans la léser, au moins d'une façon notable, que le parasite gagne les parties conjonctives voisines (1). » Des collections se forment dans le creux ischio-rectal, puis « le champignon gagne la peau où il produit des fistulisations multiples et des épaissements sous forme de fongosités ».

« Il est le plus souvent possible, dit Poncet, d'établir avec certitude le diagnostic de l'actinomycose. On pourrait cependant, à un examen rapide, la confondre avec une tuberculose ano-rectale, avec certaines néoplasies à allure lente, avec la syphilis, avec certaines formes de fistules, etc. Toutefois, l'aspect très particulier des lésions, leur type qui ne les rapproche ni des tumeurs ni de l'inflammation, mais se place plutôt comme un intermédiaire entre chacune de ces maladies, la teinte des excroissances qui varie du violet au rouge jaunâtre, avec ponctuation de points jaunes, la lenteur ordinaire de l'affection, enfin l'existence dans le pus de grains jaunes caractéristiques, suffisent pour éviter toute erreur. »

Le pronostic est extrêmement sérieux. Les désordres locaux deviennent énormes ; le péritoine peut être envahi, il se fait parfois des métastases, en particulier dans le foie.

Avant d'en venir au traitement chirurgical, il faut commencer par administrer l'iodure de potassium à doses progressivement croissantes. Si ce médicament n'agit pas, il ne reste plus qu'à inciser, cureter, drainer toutes les parties atteintes.

(1) PONCET, *Gaz. hebdom.*, 18 sept. 1898, p. 891.

#### FISTULES ANO-RECTALES.

Toutes les fistules qui s'ouvrent au périnée ne méritent pas le nom de fistules ano-rectales. Il en est qui ont pour origine l'urètre, la prostate ou bien les os. Je laisserai celles-là de côté pour ne décrire que les fistules qui ont le canal intestinal pour origine, ou au moins qui n'ont pas leur origine dans d'autres organes.

Les fistules ano-rectales sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Bryant compte 74 femmes pour 162 hommes ; Greffrath, une seule femme sur 61 cas ; Quénu et Hartmann, 9 femmes pour 75 hommes.

Ces fistules peuvent se développer chez des sujets de tout âge, mais elles sont rares aux deux extrêmes de la vie. Vigne n'a pu en recueillir que six cas chez des enfants de moins de onze ans. C'est entre vingt-cinq et quarante ans qu'elles ont leur maximum de fréquence.

**Étiologie et Pathogénie.** — Il est classique de dire que les fistules ano-rectales succèdent aux phlegmons de la région. Et cependant, quand on interroge les malades atteints de fistules, on constate souvent, très souvent, qu'à aucun moment ils n'ont souffert, ou que les douleurs légères qu'ils ont ressenties n'ont pas été assez considérables pour les arrêter dans leurs travaux. Il n'y a pas à suspecter leurs affirmations ; un phlegmon est chose assez douloureuse pour laisser place dans le souvenir, et interdire tout travail de force. En effet, beaucoup de malades n'ont pas eu de phlegmon ; c'est un abcès froid, indolent, inaperçu, qui a engendré la fistule.

A côté des fistules qui succèdent à des phlegmons, il en est donc qui succèdent à des abcès froids. Celles-là sont manifestement tuberculeuses, mais il en est qui le sont également, bien que succédant à des abcès aigus, puisque, comme nous l'avons vu, il n'est pas rare que des infections secondaires viennent précipiter la marche des abcès froids.

Beaucoup de ces fistules se développent chez des tuberculeux avérés : 16 p. 100 d'après Greffrath, 14 p. 100 d'après Allingham, 50 p. 100 d'après Hartmann. Mais il est certain que des fistules tuberculeuses peuvent se développer chez des individus parfaitement bien portants.

Quelle est donc la proportion des fistules tuberculeuses ? Il est absolument impossible de le dire d'une manière précise. Ma conviction est qu'elle est énorme.

On s'est demandé beaucoup quelle était la cause des fistules ano-rectales. Une plaie, un abcès quelconque tend toujours à guérir spontanément. Comment se fait-il donc que dans la région ano-rectale les choses se passent tout différemment, et que les abcès, au lieu

de guérir, se fistulisent avec une telle fréquence? On a cru trouver une explication satisfaisante de ce fait anormal dans des causes mécaniques; on a incriminé le glissement de la muqueuse rectale au moment de la défécation, l'écartement des parois du creux ischio-rectal. Lorsqu'il est vidé par la suppuration, ses parois ne peuvent, dit-on, se rapprocher l'une de l'autre. En admettant que ces raisons soient bonnes, ce que je ne crois pas, pour les fistules du creux ischio-rectal, qui sont les plus rares, elles sont incontestablement sans valeur pour les fistules sous-cutanées, qui sont de beaucoup les plus fréquentes. Il faut donc chercher une autre explication.

Pour les fistules complètes qui s'ouvrent à la fois dans l'intestin et à la peau, point de difficulté. Les matières fécales pénètrent dans leur intérieur et les entretiennent. Ces fistules rentrent en somme dans le groupe des fistules pyo-stercorales qui ne guérissent guère spontanément, où qu'elles se produisent. Mais pour les fistules borgnes externes, faut-il attribuer leur persistance, comme semblent le faire Quénu et Hartmann, « à la direction coudée, aux irrégularités de calibre du trajet, à ses décollements »? Il me semble que c'est là prendre l'effet pour la cause. Lorsque le phlegmon s'ouvre, il est dans la région ano-rectale ce qu'il est partout ailleurs. S'il se rétracte d'une manière irrégulière, de telle sorte que sa cavité en se rétrécissant devienne sinueuse et coudée, c'est justement parce qu'il a tendance à rester fistuleux. En d'autres termes, c'est l'absence de tendance à la guérison qui amène les coudures du trajet, et non ces coudures qui empêchent la guérison.

A mon sens, si les fistules ano-rectales ne guérissent pas, c'est parce qu'elles sont tuberculeuses. Au point de vue pathogénique, je suis donc tenté de faire deux groupes, les fistules complètes et borgnes internes qui sont des fistules pyo-stercorales; les fistules borgnes externes qui sont tuberculeuses. Il n'y a pas d'ailleurs entre ces deux groupes un fossé profond, car les fistules complètes peuvent être aussi tuberculeuses.

Il ne me reste plus à signaler que deux causes secondaires des fistules ano-rectales: le diabète, qui n'agit évidemment que d'une manière indirecte en diminuant la résistance des tissus à l'infection — (Greffrath a rencontré 2 diabétiques sur 61 fistuleux), — et la syphilis qui peut donner naissance à des gommes périanales. J'ai parlé de ces faits dans le paragraphe consacré à la syphilis.

**Anatomie pathologique.** — Étudions d'abord l'architecture propre de la fistule. A ce point de vue on les divise en deux grandes classes: les *fistules complètes* qui s'ouvrent à la fois dans l'intestin et à la peau; les *fistules incomplètes* ou *borgnes*, qui ne s'ouvrent que d'un seul côté.

D'après Beck, Stromeyer, Sczymanowski, Quénu et Hartman, les fistules complètes sont les plus fréquentes. Cette question de fré-

quence est difficile à trancher, car il est souvent bien difficile de savoir en clinique si une fistule est complète ou borgne.

Les fistules borgnes comprennent elles-mêmes deux variétés suivant le siège de leur ouverture. Celles qui s'ouvrent à la surface cutanée sont dites borgnes externes. Celles qui s'ouvrent dans le canal ano-rectal sont qualifiées de borgnes internes. Ce sont les plus rares de toutes. Elles succèdent à des abcès qui s'ouvrent dans l'intestin sans s'ouvrir à la peau; phénomène rare.

Les orifices cutanés des fistules complètes ou incomplètes sont souvent multiples. Les fistules tuberculeuses en particulier forment très souvent des clapiers irréguliers à nombreuses ouvertures. Ball en a compté jusqu'à 22.

Les orifices cutanés sont presque toujours latéraux, presque jamais médians. Ils peuvent siéger loin de l'anus, jusque sur la fesse. Ils sont souvent très étroits, punctiformes. Tantôt ils sont cachés dans une dépression due à la rétraction de la paroi fibreuse de la fistule. Tantôt, au contraire, ils sont portés sur une petite saillie en forme de tubercule. Quelquefois le pourtour de l'orifice est ulcéré, ou bien il existe des déformations cicatricielles anciennes.

Les orifices internes présentent des variétés analogues. Tantôt ils siègent sur une induration, tantôt et plus rarement sur une ulcération. De même qu'il peut y avoir plusieurs orifices cutanés, il peut y avoir aussi plusieurs orifices muqueux. Il existe des fistules purement sous-muqueuses, qui s'ouvrent dans le rectum par deux orifices. Ce sont les fistules bimuqueuses de Quénu et Hartmann.

La topographie des fistules est au point de vue clinique bien plus importante que leur architecture. Il en est deux grands groupes, les *fistules superficielles* et les *fistules profondes*.

Les *fistules superficielles* cheminent sous les téguments dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux: on peut donc les appeler sous-tégumentales ou *sous-cutané-muqueuses*, comme les abcès qui leur donnent naissance. Quand elles vont de la peau à la muqueuse, elles le font par conséquent en passant sous et en dedans du sphincter: elles sont donc *sous-sphinctériennes* (Voy. fig. 47 et 48) (1).

Ce caractère est extrêmement important. Quand les fistules *sous-sphinctériennes* sont complètes, leur orifice interne est toujours bas situé, comme Ribes et Velpeau l'ont montré. D'après ces auteurs, il siège au niveau du bord supérieur du sphincter, dans la zone des valvules de Morgagni. Je l'ai souvent trouvé plus bas encore, presque à la jonction de la muqueuse et de la peau (fig. 47). Mais souvent il existe des décollements qui remontent sous la muqueuse bien au-dessus de l'orifice interne.

Les décollements existent tout aussi bien du côté de la peau, et

(1) On les appelle aussi *intra-sphinctériennes*, mais cette expression pourrait faire croire qu'elles passent dans l'épaisseur du sphincter.

l'irrégularité du trajet de certaines fistules est telle qu'elle défie toute description. Il en est qui traversent le raphé médian et passent d'un côté à l'autre. Ce sont des fistules en fer à cheval que Quénu et Hartmann appellent fistules commissurales.

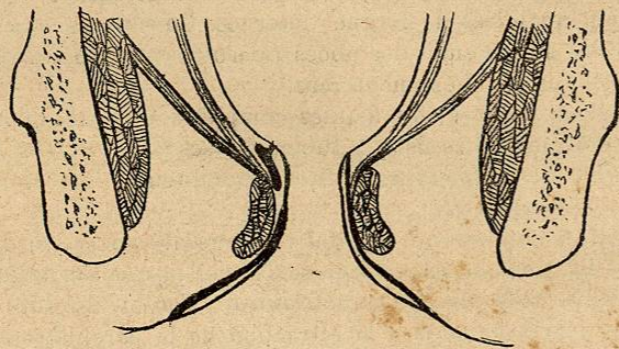


Fig. 47.

Fig. 48.

Les fistules profondes s'enfoncent directement dans le creux ischio-rectal. Elles passent donc en dehors du sphincter, elles sont *extra-sphinctériennes* (voy. fig. 49 et 50). C'est là le point important.

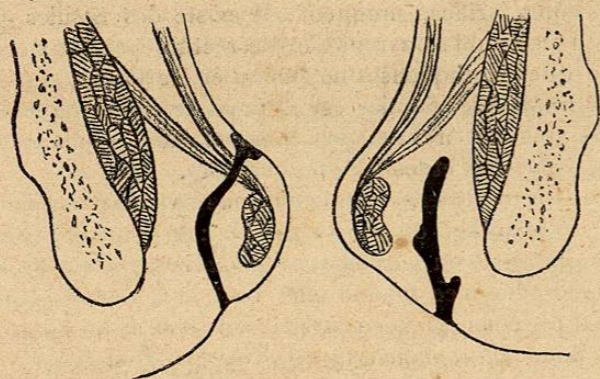


Fig. 49.

Fig. 50.

Elles remontent plus ou moins haut, et suivant qu'elles s'arrêtent avant le releveur de l'anus ou qu'elles le dépassent, on les divise en deux catégories. Celles qui s'arrêtent au-dessous du releveur sont limitées au creux ischio-rectal, ce sont les fistules du creux ischio-rectal (Voy. fig. 50). Celles qui dépassent le releveur pénètrent dans le bassin, dans la gaine hypogastrique. Ce sont les fistules de l'espace *pelvi-rectal supérieur* ou mieux *fistules pelviennes*.

Les fistules profondes s'ouvrent en général loin de l'anus, à 3, 4, 5 centimètres. Les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur,

rétrécies au point où elles traversent le releveur de l'anus, s'étalent au-dessus et se mettent en communication avec les organes qui leur ont donné naissance. Et certes on pourrait les séparer du groupe des fistules ano-rectales, car tant chez la femme que chez l'homme, elles ont certainement bien plus souvent pour origine les organes génitaux que l'intestin.

La structure histologique des fistules ano-rectales ne présente rien de particulier. Quénu et Hartmann en ont fait une bonne étude. Dans les fistules récentes, la paroi est celle d'un abcès. A mesure que la fistule vieillit, la division en deux couches s'accroît, et dans les vieilles fistules on trouve deux zones nettes, l'une interne formée de bourgeons charnus identiques à ceux qui recouvrent les vieux ulcères, une externe, fibreuse, formée de faisceaux concentriques.

Lorsque la fistule est tuberculeuse, la zone interne présente des lésions plus caractéristiques. « Tantôt il s'agit d'infiltrations cellulaires diffuses parsemées de cellules géantes et pauvres en vaisseaux perméables, tantôt les cellules embryonnaires s'agglomèrent en foyers arrondis autour d'un centre atteint de dégénérescence vitreuse et bordé de cellules épithélioïdes. La tuberculose, en d'autres termes, est diffuse ou nodulaire (1). » Schuchardt, Lesage ont trouvé des bacilles tuberculeux dans la paroi des fistules. Volkmann, Francon ont fait avec les produits de grattage des inoculations dont le résultat a été positif.

**Symptômes.** — J'ai déjà dit et je répète que tantôt les fistules succèdent à des abcès aigus, pas ou mal soignés, et que tantôt elles s'installent de la manière la plus insidieuse, sans être précédées d'une phase aiguë.

Rien de plus estompé que les symptômes des fistules à la période d'état, et cependant rien de plus insupportable que cette infirmité. Les douleurs ne sont pas vives, elles manquent même d'une manière complète dans bien des cas. Mais le suintement de pus tache le linge, oblige à porter des pansements incommodes. On dit que ces inconvénients sont réduits au minimum dans les fistules borgnes externes. Cela est vrai d'une manière générale. Cependant j'ai vu des fistules tuberculeuses sécréter du pus en quantité considérable. Parfois les fistules se ferment pour un certain temps; puis survient une sensation de plénitude, de tension, quelquefois des douleurs assez vives et l'orifice se rouvre.

Les accidents inflammatoires sont plus fréquents dans les fistules complètes. Les matières intestinales qui s'y engagent déterminent des poussées inflammatoires fort douloureuses.

Toutes les fistules qui s'ouvrent à la peau peuvent amener des irritations cutanées, intertrigo, érythème, furoncles, qui sont fort pénibles pour les malades.

(1) QUÉNU et HARTMANN, Chirurgie du rectum, Paris, 1895, t. I, p. 175.

Dans les fistules borgnes internes, l'écoulement de pus ne se produit qu'au moment des selles et peut passer inaperçu, car la quantité n'en est pas d'ordinaire considérable. Cependant les symptômes sont souvent plus pénibles que dans les fistules complètes. Les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur, de lourdeur presque permanente, qui les incommodent fort. Les douleurs de la défécation sont parfois très pénibles. J'ai vu deux cas où elles rappelaient celles de la fissure. En outre, les petites poussées inflammatoires, dues sans doute à la pénétration des matières dans la cavité, sont fréquentes.

**Diagnostic.** — C'est par l'étude des signes physiques qu'on fait le diagnostic des fistules à l'anus.

Quand l'interrogatoire du malade fait soupçonner l'existence d'une fistule, le premier soin du chirurgien doit être de chercher l'orifice de cette fistule. Cette recherche demande à être faite avec le plus grand soin, car s'il est des cas où l'orifice saute aux yeux, il en est d'autres où il est difficilement visible. Un pertuis punctiforme, dissimulé dans les plis radiés, peut échapper à un examen superficiel, voire même attentif.

Il faut donc déplier soigneusement tous les plis les uns après les autres, et ne pas encore s'avouer vaincu si on ne voit rien. On promène la pulpe de l'index tout autour de l'anus. En faisant ainsi on perçoit dans certains cas une légère induration. C'est du côté où elle existe qu'il faut redoubler d'attention. Par des pressions douces exercées dans toutes les directions en partant de l'anus comme centre, on peut réussir à faire sourdre une gouttelette de pus qui indique le siège de l'orifice.

L'orifice trouvé, on fait le cathétérisme, qui seul permet de préciser le diagnostic.

Il ne faut pas oublier que les fistules qui s'ouvrent au périnée ne sont pas toutes des fistules ano-rectales. Elles peuvent avoir pour origine les organes génitaux ou une lésion osseuse.

Les fistules ostéopathiques viennent soit de l'ischion, soit du coccyx, du sacrum ou même d'un mal de Pott lombaire. Dans ces cas, le trajet fistuleux, au lieu de se diriger du côté du rectum, s'en éloigne pour se porter vers les parois du bassin. Quelquefois le stylet arrive au contact de l'os et le sent dénudé. Cela est assez rare. Mais lorsque l'attention est éveillée par la direction excentrique du stylet, on fait une palpation attentive du squelette, et on trouve un épaississement ou de la sensibilité.

Les fistules génito-urinaires sont antérieures et exactement ou à peu près médianes. Il est bien exceptionnel que les fistules anales occupent ce siège. Aussi faut-il toujours se méfier des fistules médianes. Dans les fistules urinaires proprement dites, l'écoulement d'urine attire l'attention. Cependant, dans certains cas, il ne filtre que quelques gouttes d'urine et il peut être difficile de savoir s'il

s'agit d'un suintement séreux ou urineux. Il suffit de donner au malade du bleu de méthylène pour trancher la question. S'il s'agit réellement d'une fistule urinaire, le liquide qui s'en écoule se colorera en bleu.

Les fistules venant des glandes vulvo-vaginales chez la femme, des glandes de Cowper ou de la prostate chez l'homme, sont faciles à reconnaître. Les antécédents font déjà penser à une lésion de ces organes, et le stylet introduit dans la fistule se dirige nettement vers eux.

Quand on a reconnu que la fistule n'a pour origine ni les os ni les organes génito-urinaires, il reste encore à en faire le diagnostic topographique et le diagnostic pathogénique.

Le diagnostic topographique se fait tout entier par le cathétérisme. On emploie pour le cathétérisme la sonde cannelée, le stylet boutonné, ou de fines bougies urétrales. Les bougies peuvent rendre quelque service si on veut suivre dans tous leurs détails des trajets irréguliers, mais le stylet ou une sonde cannelée fine suffisent à tous les besoins.

L'extrémité boutonnée du stylet étant introduite dans l'orifice, on pousse doucement l'instrument, de façon à ce qu'il suive de lui-même le trajet fistuleux. On cherche par des tâtonnements successifs à lui donner une forme appropriée à celle de la fistule. Il ne faut jamais employer de violence, pas même de force. Si l'instrument bute, il faut le retirer légèrement, et chercher à tourner l'obstacle, non à le forcer.

En même temps qu'on fait le cathétérisme, on introduit le doigt dans le rectum. On sent ainsi le cheminement du stylet, on peut l'aider, et surtout on apprécie l'épaisseur des tissus qui le séparent de l'intestin.

Dans les fistules superficielles, le stylet passe au-dessous du sphincter et arrive sous la muqueuse où le doigt rectal le sent aisément. Dans certains cas, son extrémité s'engage dans un orifice muqueux et pénètre dans la lumière même de l'anus. Cet orifice est souvent situé assez bas pour qu'on puisse voir le stylet. Quand l'instrument introduit par l'orifice cutané pénètre dans l'intérieur de l'anus et du rectum, il est bien certain que la fistule est complète. Mais il arrive souvent, dans les fistules complètes, que le stylet reste sous la muqueuse sans s'engager dans l'orifice interne, qui peut être situé à l'extrémité d'un décollement irrégulier. On n'a donc pas le droit, quelle que soit d'ailleurs la topographie de la fistule, de déclarer qu'elle est borgne externe pour ce seul fait que le stylet ne trouve pas d'orifice interne. Pour être sûr que ce dernier n'existe pas, il faudrait injecter sous pression par l'orifice externe un liquide coloré, et constater qu'il ne s'en écoule pas une goutte par l'anus ou le rectum. Pratiquement, cette exploration est complètement inutile, car il n'y a aucun intérêt à savoir si une fistule est borgne externe ou complète.

Dans les fistules superficielles, le stylet passe sous le sphincter; c'est là le signe caractéristique.

Au contraire, dans les fistules du creux ischio-rectal, le stylet passe en dehors du sphincter, il est extra-sphinctérien. Il est donc séparé du doigt introduit dans le rectum par toute l'épaisseur du muscle et n'arrive sous la muqueuse que plus haut. Là encore il peut enfilier l'orifice muqueux et venir faire saillie dans la lumière de l'intestin. Mais bien souvent, je l'ai déjà dit, il ne rencontre pas un orifice qui existe cependant.

Dans les fistules pelviennes, le trajet reste encore plus éloigné du rectum. Il en est séparé par une grande épaisseur et il remonte plus haut, si haut même que dans bien des cas le stylet s'y engage tout entier.

Les fistules borgnes internes sont plus difficiles à trouver que les externes.

Les douleurs qu'elles provoquent peuvent faire penser à une simple fissure. Mais aux douleurs s'ajoute un écoulement de pus. Par le toucher on constate une certaine sensibilité, parfois très vive, dans une zone limitée. On perçoit soit un petit tubercule, soit une ulcération. C'est là que s'ouvre la fistule. Dans bien des cas le toucher ne donne que des renseignements vagues. Si les symptômes subjectifs font supposer qu'il existe une fistule, il faut faire l'examen au spéculum et chercher avec un stylet recourbé à trouver son orifice.

Quand on a reconnu l'existence d'une fistule ano-rectale, il reste encore à reconnaître ses diverticules, à se rendre compte de l'épaisseur de ses parois. Par la palpation on sent les cordons qui correspondent à la partie superficielle du trajet. Il y a, à ce point de vue, des différences énormes entre les diverses fistules. Parfois les parois du trajet sont si minces et si souples qu'on arrive à peine à les percevoir. Dans d'autres cas, au contraire, il y a d'énormes callosités dures et rigides. Il est possible que ces différences de structure correspondent à des différences de nature. Je suis tenté de croire que ces gros épaissements sont dus à la tuberculose.

Ceci nous mène à la dernière partie du diagnostic, au diagnostic pathogénique. La fistule est-elle tuberculeuse, ou ne l'est-elle pas ? C'est là ce qu'il s'agit de reconnaître. Il y a certainement des cas où l'on ne saurait faire ce diagnostic. Mais il en est d'autres, et beaucoup, où il est possible, voire même facile de trancher la question.

D'abord, quand le porteur de la fistule est manifestement tuberculeux d'autre part, il est infiniment probable que la fistule est elle-même tuberculeuse. Cela n'a pas grand intérêt. Mais on peut, alors même que le porteur n'est pas tuberculeux, reconnaître la nature tuberculeuse d'une fistule d'après son évolution et ses caractères objectifs.

L'évolution suffit à elle seule dans bien des cas. Il est des malades qui arrivent avec une fistule, et qui affirment n'avoir jamais souffert,

n'avoir jamais été arrêtés dans leurs travaux. La fistule s'est installée insidieusement sans qu'il y ait jamais eu de phase aiguë. Cette évolution froide, cette absence de tout phénomène réactionnel doit, à mon sens, faire porter le diagnostic de tuberculose.

Mais il est des cas où il s'agit certainement de tuberculose, bien qu'il y ait eu des phénomènes aigus. On les reconnaît aux caractères objectifs de l'orifice fistuleux ou de la peau dans son voisinage. Tantôt l'orifice est situé au sommet d'un tubercule induré, blafard ou violacé. Tantôt au contraire l'orifice, bien plus vaste que d'ordinaire, est ulcéré. Ses bords sont décollés, amincis, de couleur livide. Dans d'autres cas, il existe autour de l'orifice de petites gommées tuberculeuses, ou bien encore la peau a un aspect lupique. Dans toutes ces circonstances, il faut sans hésiter porter le diagnostic de fistule tuberculeuse.

**Pronostic et évolution.** — La possibilité de la guérison spontanée des fistules ano-rectales est établie par quelques faits. On cite toujours les mêmes observations, celles de Pott, de Ribes, de Velpeau, d'Allingham; plus récemment Bodenhamer (1) en a publié un fait démonstratif. Mais si cette possibilité est établie, elle est bien rarement réalisée, si rarement même qu'en pratique il n'y a pas lieu d'en tenir compte. On peut dire d'une manière générale que les fistules ano-rectales n'ont aucune tendance à la guérison. Et même le pronostic ainsi formulé serait encore trop bénin pour le plus grand nombre des cas. S'il est en effet des fistules qui persistent indéfiniment à l'état stationnaire sans altérer la santé des malades, il en est d'autres, et en grand nombre, qui retentissent sur l'état général et qui s'aggravent sans cesse. La plupart des fistules tuberculeuses sont dans ce cas. Tantôt l'aggravation se fait par à-coups. De petites poussées inflammatoires, dues sans doute à de la rétention, se produisent de temps à autre, et à chaque poussée des diverticules se créent où s'étendent. Tantôt l'extension se fait sans douleur, d'une manière tout à fait froide, à l'insu des malades. Pour passer inaperçue, elle n'en est pas moins réelle, parfois même rapide, et c'est ainsi que certains malades nous arrivent avec des fistules qui ont cinq, six, dix orifices et des trajets si irréguliers qu'ils défient toute description.

Les fistules anales ne doivent donc pas être considérées comme une affection insignifiante. Elles progressent presque toujours, s'aggravent peu à peu, et à mesure qu'elles vieillissent deviennent plus difficilement curables. Si estompée que soit leur symptomatologie, il est toujours indiqué de les soigner énergiquement et sans retard.

Je dis toujours. Peut-être faut-il faire quelques réserves pour les tuberculeux avancés.

(1) BODENHAMER, *New York Med. Record*, vol. I, 1891, p. 254.