

les aponévroses, et il est indispensable de prendre toutes ses précautions pour ne pas blesser la muqueuse vaginale.

Les fistules compliquées de décollements très-étendus ou de trajets multiples réclament l'incision de tous les sinus, de tous les trajets, en remontant du côté du rectum jusqu'au niveau de la partie supérieure du décollement, lorsque cette partie peut être atteinte avec le doigt.

Le pansement de la plaie, après l'opération, consiste à introduire dans l'anus une mèche du volume du pouce environ et enduite de cérat pour empêcher le recollement partiel de la plaie et amener sa cicatrisation du fond vers la surface. Dans ce but, le doigt indicateur gauche étant placé dans le rectum, au moyen du porte-mèche, on introduit la mèche de charpie jusqu'au-dessus de l'angle supérieur de la plaie, en la dirigeant du côté opposé au doigt qui doit prévenir son introduction entre la muqueuse et les autres tuniques du rectum. Le chirurgien retire alors son doigt et dispose méthodiquement l'extrémité externe de la mèche entre les deux lèvres de la plaie, de manière à ce que celles-ci restent modérément écartées. Il achève le pansement par l'addition de gâteaux de charpie destinés aussi à maintenir l'écartement et à exercer une légère compression qui mette le malade à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. Le tout est recouvert de compresses languettes et maintenu en place au moyen d'un bandage en T double.

Ce premier pansement ne sera levé que vers le cinquième jour, un peu plus tôt ou un peu plus tard, suivant les circonstances. C'est, en effet, du quatrième au sixième jour que la mèche commence à être salie par la suppuration. On la retire alors, on nettoie soigneusement la plaie et, s'il y a tendance à l'érythème, on saupoudre les téguments de poudre d'amidon; puis une autre mèche est remise en place avec les mêmes précautions que pour le premier pansement. Les jours suivants on introduira des mèches de moins en moins volumineuses, en ayant bien soin de toujours placer des brins de charpie au fond de la plaie, de manière à ce qu'elle se cicatrise du fond vers la surface.

Chez la femme, la disposition des organes génitaux réclame un renouvellement plus rapide du premier pansement. On peut, dès le troisième jour, supprimer le bandage en T et le remplacer par une compresse languette qu'on renouvelle aussi souvent qu'elle sera salie par l'urine.

Le malade, les premiers jours, sera soumis à un régime sévère. On ne lui permettra que quelques potages et on lui fera prendre de l'opium dans le but d'éviter les garde-robes pendant les cinq ou six premiers jours qui suivent l'opération; car une garde-robe prématurée pourrait amener une infiltration de gaz et de liquides intestinaux dans le tissu cellulaire qui avoisine la plaie et donner lieu à un décollement nouveau. Si plus tard la constipation est trop prolongée, on la fera cesser au moyen d'un léger purgatif salin. On évitera de prescrire des lavements, car la canule, maladroitement placée, pourrait produire des décollements.

Surtes et accidents possibles de l'opération. — Lorsque la plaie marche bien, la cicatrisation se fait du fond vers la surface. En moyenne, elle est terminée dans l'espace de cinq ou six semaines.

A la suite du traitement de la fistule à l'anus par incision, comme du reste à la suite de toutes les opérations sanglantes qui se pratiquent sur le rectum, on peut voir survenir de la rétention d'urine. Aussi faut-il toujours, dans les jours qui suivent l'opération, s'informer si le malade a uriné et, s'il ne l'a pas fait, pratiquer le cathétérisme. Cette rétention, sans être un accident sérieux, peut persister pendant huit ou dix jours. Elle doit être rapportée à un phénomène réflexe consécutif à l'opération, et non, comme on l'a dit, à la pression exercée par la mèche sur le col de la vessie.

C'est par un mécanisme analogue qu'on peut expliquer le ballonnement du ventre et les coliques dont se plaignent quelques malades. Si cet inconvénient est dû à ce que le pansement met obstacle à l'expulsion des gaz, on changera la mèche trop grosse pour une plus petite.

L'opération de la fistule à l'anus par incision avec le bistouri est assez fréquemment suivie d'hémorrhagies primitives ou consécutives, et cet accident a parfois causé la mort, soit par l'épuisement du malade, soit en le prédisposant à d'autres complications plus graves, telles que la septicémie ou la pyohémie. Lorsque cet accident survient, on cherche à arrêter le sang en liant directement le vaisseau blessé, ou en exerçant une compression énergique à l'aide de boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer et soutenues par un bandage approprié.

L'érysipèle, la phlébite, l'infection purulente, se montrent assez souvent à la suite de l'incision. Ces accidents s'expliquent aisément par la grande quantité de vaisseaux lymphatiques et sanguins qui, laissés béants par l'opération, sont des portes d'entrée ouvertes à ces complications.

Quelques chirurgiens insistent sur la possibilité de blesser le péritoine dans les cas de fistule remontant très-haut du côté du rectum. Velpeau prétendait que cette crainte est chimérique, parce que, disait-il, c'est toujours la muqueuse qui est décollée, et la sonde cannelée la sépare toujours des parties voisines, par conséquent du péritoine. Cependant Roux (1) cite un cas de péritonite suraiguë survenue à la suite de l'opération; depuis, plusieurs cas analogues ont été signalés.

On peut observer encore, à la suite de l'opération de la fistule à l'anus par incision, l'incontinence des matières fécales. Cet accident est particulier à l'incision des fistules sous-musculaires et est dû à la section du sphincter. Cependant l'incontinence est loin d'être fatale, et on ignore pourquoi tantôt on l'observe, tantôt on ne l'observe pas. Le plus souvent le sphincter divisé ne laisse échapper que les gaz. Suivant Gosselin, l'incontinence, lorsqu'elle existe, n'est jamais absolue et ne se montre

(1) Roux, *Société de chirurgie*, 10 mai 1853.

que lorsque les matières sont très-liquides. D'après le même auteur, cette incontinence s'affaiblit avec le temps, et le sphincter, au bout de quelques mois, reprend ses fonctions naturelles à mesure que les forces du malade se relèvent.

B. *Syringotome*. — Les anciens chirurgiens se servaient, pour pratiquer l'incision de la fistule anale, d'un instrument spécial désigné sous le nom de *syringotome*, et constitué par un bistouri portant à sa pointe une tige mousse, longue et flexible. Aujourd'hui l'usage des syringotomes est à peu près complètement abandonné. Cependant Gosselin recommande encore l'emploi d'un syringotome composé d'un stylet et d'un bistouri courbes, soudés ensemble, ou, ce qui est mieux, pourvus d'une articulation qui permet de les réunir ou de les séparer à volonté. Le stylet d'argent du syringotome est conduit dans la fistule et ramené avec le doigt en dehors de l'anus. Alors, poussant le manche de l'instrument, on incise toutes les parties molles. Suivant Gosselin, cet instrument a l'avantage, sur l'incision simple avec un bistouri, de mettre à l'abri des fausses routes, d'être plus expéditif et de donner sûrement à l'incision la hauteur qui a été indiquée par l'exploration.

Allingham se sert de ciseaux munis à leur extrémité d'un bouton qui peut glisser dans une sonde cannelée dont la cannelure, représentant plus d'une demi-circonférence, ne permet pas à la pointe des ciseaux, une fois engagée dans la gouttière, de l'abandonner pendant l'opération.

C. *L'écraseur linéaire* a été appliqué par Chassaignac à la section de la fistule à l'anus. Pour l'employer, on attache la chaîne de l'instrument à l'extrémité d'un tube en caoutchouc qu'on a préalablement introduit à travers le trajet fistuleux, et dont on a fait sortir l'autre extrémité par l'anus. On tire alors sur l'extrémité du tube, la chaîne suit le tube à drainage et le remplace; on articule les deux extrémités de la chaîne sur la crémaillère, et on la fait avancer d'une dizaine de crans tout au plus par minute; si on allait plus vite, on pourrait déterminer des hémorrhagies.

Cet instrument peut rendre dans la pratique de réels services, lorsque le trajet fistuleux remonte très-haut. Quoiqu'il ne mette pas aussi sûrement que le prétendait Chassaignac à l'abri de l'hémorrhagie et de la phlébite, cependant ces accidents semblent plus rares après l'emploi de l'écraseur linéaire qu'après celui du bistouri.

On peut également avoir recours à l'usage d'un fil métallique introduit comme la chaîne de l'écraseur et serré dans un serre-nœud de Maison-neuve, ou bien, comme cet auteur l'a conseillé, se servir d'une ficelle employée en mode de scie. D'après Chopard, on doit se servir dans ce but d'une ficelle à torons, soit en soie, soit en chanvre, telle que la ficelle anglaise, dont on se sert pour la décollation des enfants dans le cours de certains accouchements difficiles. Chaque toron de la ficelle, qui a été introduite à travers le trajet fistuleux et ramenée par l'anus, fait l'office d'une dent de scie, et le mouvement rapide de va-et-vient qu'on

imprime à la ficelle, tout en sciant, donne lieu à une élévation considérable de température, qui a une action réelle dans le résultat final en prévenant l'hémorrhagie. Ce procédé, suivant Chopard, convient surtout aux fistules remontant très-haut dans le rectum, et qui exposeraient à une hémorrhagie par l'emploi du bistouri, au cas où l'ouverture externe serait située à une grande distance; au cas surtout où on aurait affaire à un malade pusillanime.

Dans ces derniers temps, on a avantageusement remplacé le bistouri dans l'incision de la fistule à l'anus par le couteau du *thermocautère*. Malgré l'inconvénient de procéder avec lenteur et d'être douloureux, l'emploi du thermocautère me paraît devoir être préféré toutes les fois que le décollement ne remonte pas très-haut, car il a l'avantage de mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, de la phlébite et de l'infection purulente, et de permettre la suppression de la mèche, ce qui simplifie le pansement.

Les mêmes avantages sont obtenus à l'aide de l'*anse galvano-caustique*, dont l'action est en outre très-rapide. On passe dans la fistule un fil de platine très-fin que l'on fait ressortir par l'anus, et dont on met les deux extrémités en rapport avec les deux pôles d'une pile de Drove ou de Middeldorf. Le principal reproche qu'on puisse adresser à ce procédé, c'est de nécessiter un appareil qu'on n'a pas facilement sous la main, qui est d'un prix assez élevé, et dont la plupart des praticiens ignorent le maniement.

Ligature. — Cette méthode consiste à introduire dans le trajet fistuleux un fil qui, ramené à l'extérieur par l'anus, est serré graduellement jusqu'à section complète du pont des parties molles comprises dans l'anse. Le résultat de l'opération est de faire communiquer largement le fond de la fistule avec la cavité rectale.

Très en honneur chez les anciens, la ligature a été successivement pratiquée avec toutes sortes de substances: crin, lin, soie, métaux, etc.

Foubert se servait d'un fil de plomb, sur lequel il pratiquait chaque jour la torsion jusqu'à section complète du pont fistuleux.

De nos jours encore, Allingham pense que, dans les cas de fistule remontant très-haut dans l'intestin, on peut suivre la pratique de Luke, qui recommandait de sectionner les tissus malades à l'aide d'un morceau de fil que l'on serre tous les jours un peu plus à l'aide d'un serre-nœud.

Mais ce procédé, qui évite au chirurgien timide la vue du sang, est très-long, souvent douloureux, et expose le malade à l'inflammation et à la production de nouveaux abcès. En outre, la ligature n'est pas applicable aux fistules compliquées, multiples, et souvent, au bout de trois semaines à un mois, on est obligé, même dans les fistules simples, de terminer par l'incision l'opération que n'a pu achever la ligature.

Nous devons cependant une mention particulière à un nouveau procédé de ligature lente, connu sous le nom de *ligature élastique*. Em-

ployée dès 1862 par le docteur Grandesso Silvestri, de Vicenza, la ligature élastique fut préconisée en 1870 par Henri Lee, puis en 1873 par le professeur Dittel, de Vienne.

Allingham, par sa position de chirurgien à l'hôpital Saint-Marc, de Londres, où l'on ne traite que les maladies de l'appareil défécateur, a

pu expérimenter en grand la ligature élastique. Il n'a pas fait moins de soixante opérations par ce procédé et en a publié le résultat en décembre 1874 (1).

Depuis la publication du mémoire du docteur Dittel, la ligature élastique a été employée par un grand nombre de chirurgiens, et quoique quelques-uns s'obstinent à en rejeter l'usage, je pense qu'elle peut rendre de très-grands services et qu'elle doit entrer dans la pratique.

Le professeur Dittel se sert, comme lien constricteur, d'un tube à drainage; mais on est souvent obligé de le resserrer dans le cours du traitement, ce qui renouvelle les douleurs produites à la première opération.

Allingham emploie un petit cordonnet élastique plein, de 2 à 3 millimètres de diamètre environ, qui a l'avantage de garder plus longtemps son pouvoir élastique et n'a pas besoin d'être resserré dans le cours du traitement. On peut passer le fil de caoutchouc avec une sonde, une canule de trois-quarts, un simple stylet aiguillé; mais il est plus commode de se servir d'un petit instrument inventé par Allingham, et que représente la figure ci-contre. Il se compose d'un crochet mousse ou pointu à son extrémité, suivant les indications, qu'on peut cacher dans une canule dans laquelle il glisse. La figure A représente la canule courbe et le crochet caché dans la coulisse; en B on voit la canule tirée en arrière et le crochet prêt à recevoir l'anse de caoutchouc; C montre l'instrument muni de la pointe aiguë adaptée sur la même canule.

FIG. 81. — Instrument pour passer la ligature élastique.

Pour pratiquer l'opération, le malade étant placé dans la même position que pour l'incision, le chirurgien introduit de la main droite l'instrument par l'orifice externe; le doigt indicateur gauche, placé dans le rectum, cherche l'extrémité de l'instrument et le ramène au dehors de l'anus; on fait alors saillir le crochet hors de sa canule; l'anse du fil élastique y est accrochée et fixée à l'instrument. Si l'orifice interne est trop haut pour qu'on puisse

(1) *Medical Press and Circular*, décembre 1874.

faire ressortir l'instrument par l'anus, on fait saillir le crochet dans le rectum, on y conduit l'anse de caoutchouc avec le doigt indicateur, puis on fait rentrer le crochet dans la canule. On retire le tout en sens inverse de celui où on l'a introduit, c'est-à-dire de l'anus vers l'orifice externe. Il n'y a plus qu'à détacher le fil de l'instrument et à le nouer en exerçant une constriction suffisante. Lorsque le caoutchouc est de bonne qualité, il est rare qu'il se casse à l'endroit où on fait le nœud; pour éviter cet accident, qui nécessiterait une nouvelle opération, Allingham passe les deux extrémités du fil élastique dans un anneau de plomb ou de tout autre métal mou, qu'il repousse vers l'anus en tendant le caoutchouc, et qu'il écrase avec une forte pince.

Si la fistule était ou borgne interne ou borgne externe, on commencerait par la rendre complète avec une sonde cannelée ou un trois-quarts, et l'opération se continuerait comme à l'ordinaire.

Dans le cas où l'orifice externe est éloigné de l'anus, il est bon, pour éviter la douleur due au pincement de la peau, de faire au-dessous des téguments, avec un trois-quarts, un trajet artificiel entre l'orifice externe et l'anus, et d'y passer le fil élastique, quitte à couper plus tard ce pont charnu avec un bistouri. On pourrait aussi faire une incision légère parallèlement à la direction du trajet fistuleux et placer la ligature dans la plaie; à plus forte raison, si une fistule profonde vient aboutir dans un trajet fistuleux superficiel, disposition qui n'est pas rare, on pourra inciser la fistule superficielle et appliquer la ligature élastique à celle située profondément.

Aucun pansement n'est nécessaire. Vers le sixième jour, quelquefois un peu plus tard, le fil tombe, et après sa chute laisse une plaie de peu d'étendue, recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Quoi qu'en dise Allingham, l'emploi de la ligature élastique est loin d'être toujours exempt de douleur, et j'ai vu des malades souffrir cruellement pendant plus de deux jours. Il existe d'ailleurs à cet égard de nombreuses variétés individuelles; mais d'une façon générale, dès qu'il s'agit de sectionner une épaisseur considérable de tissus comme dans les fistules sous-musculaires, on doit s'attendre à ce que la ligature élastique détermine pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures des douleurs vives.

En revanche, la section par la ligature élastique s'exécute sans perte de sang. La plaie consécutive à la constriction élastique ne donne lieu qu'à fort peu de suppuration. Jusqu'à ce que la ligature tombe, c'est à peine si l'on voit plus d'une goutte de pus; la plaie bourgeonne, se resserre et se comble à mesure que la ligature fait son sillon. Aussi ce mode de traitement sera-t-il généralement très-avantageux chez les phthisiques ou autres malades cachectiques, quand on voudra éviter une suppuration souvent interminable qui les épuiserait promptement.

Le malade n'a pas besoin de garder le lit ni même la chambre; il peut sortir et vaquer à ses occupations.

La guérison se montre en moyenne au bout d'une quinzaine de jours ; elle est donc beaucoup plus rapide que par l'incision. En outre, elle prédispose moins que toute autre opération à la phlébite, l'infection purulente, les phlegmons et l'érysipèle.

L'importance de ces résultats, vérifiés par tous les chirurgiens qui ont fait usage de la ligature élastique et par nous-même, nous autorise à penser qu'il y a lieu de substituer la ligature élastique aux autres procédés d'incision, toutes les fois que le trajet fistuleux ne comprend pas une trop grande épaisseur de tissus ; dans le cas contraire, c'est à l'écraseur linéaire, au thermocautère ou à l'anse galvano-caustique que l'on devra donner la préférence.

2° *Traitement des fistules pelvi-rectales supérieures.* — La plupart des procédés qui viennent d'être indiqués seraient inapplicables aux fistules pelvi-rectales supérieures. L'incision avec le bistouri exposerait à des hémorragies graves ; l'emploi du thermocautère ou du galvano-cautère serait dangereux à cause du voisinage du péritoine ; la ligature élastique présenterait l'inconvénient d'être extrêmement douloureuse et d'agir lentement en raison de l'épaisseur considérable des tissus à sectionner ; seul l'écraseur linéaire pourrait être employé avec avantage dans la plupart des cas. Cependant, la crainte d'intéresser le péritoine devrait arrêter le chirurgien toutes les fois que la fistule remonte très-haut. Gerdy le premier a démontré la possibilité de cet accident et a cherché à l'éviter en appliquant au traitement des fistules profondes le procédé de Dupuytren pour la destruction de l'éperon dans l'anus contre nature.

Gerdy employait l'entérotome de Dupuytren, dont une des branches était introduite dans le trajet fistuleux, tandis que l'autre branche était placée dans la cavité du rectum, parallèlement à la première. Alors, au moyen de la vis, située extérieurement, il serrait de manière à pincer fortement la paroi fistuleuse, comprise entre les mors de l'instrument. Il se passe ici le même phénomène que dans l'entérotomie pour les anus contre nature. Si le péritoine se trouve pincé entre les mors de l'instrument, il ne se produit pas de péritonite, car il se forme une adhérence des feuillettes de la séreuse. Les parties comprimées se mortifient, et, sans donner lieu à la moindre hémorragie, se séparent des parties voisines par un travail d'élimination. Dès lors la section est opérée et le résultat atteint ; il y a communication directe entre le fond de la fistule et la cavité rectale.

Gerdy recommandait d'éviter de pincer la peau, parce que cela est toujours très-douloureux ; aussi, dans les cas où l'orifice externe est éloigné de l'anus, conseillait-il de commencer par inciser la portion de téguments située entre eux.

Il est difficile de pincer en une seule fois toutes les parties jusqu'au fond des trajets, surtout lorsque la direction du sinus est oblique par rapport à celle de l'intestin, parce que le défaut de parallélisme des

deux cavités empêche l'application des branches l'une sur l'autre après leur introduction. Il en résulte la nécessité de faire plusieurs applications successives de l'instrument.

C'est pour éviter ces inconvénients que Richet commence par rectifier le trajet, et que, frappé de l'inconvénient que présente l'instrument de Dupuytren, de ne serrer suffisamment que les parties placées entre les mors, au voisinage de leur articulation, tandis que celles qui sont au niveau de leurs extrémités ne sont nullement mortifiées lors de la chute de l'instrument, il a eu l'idée d'employer un *entérotome à branches parallèles*. De cette façon la constriction porte sur la totalité de la cloison fistulo-rectale.

Le manuel opératoire est d'une exécution facile. Le malade est couché sur le bord de son lit, dans la position que nous avons déjà indiquée à l'occasion des autres modes de traitement de la fistule à l'anus. Pour rectifier le trajet, on introduit une sonde cannelée aussi haut que possible, puis on glisse sur elle un bistouri boutonné, en ayant soin d'en diriger le tranchant en arrière, de manière à éviter les vaisseaux et à inciser la partie postérieure du trajet qui échappera à l'action de l'entérotome. Cette petite opération préliminaire achevée, la branche mâle de l'entérotome à branches parallèles, bien graissée d'huile, est introduite dans le trajet fistuleux aussi haut que possible, la branche femelle dans le rectum. Alors, on rapproche les deux branches au moyen des vis, de manière à faire porter la pression surtout, suivant qu'il en est besoin, soit vers la pointe, soit vers le talon. La constriction doit être poussée aussi loin qu'on le juge nécessaire, et l'instrument est laissé en place. On peut entourer de charpie la partie de l'instrument située au dehors de l'intestin et le maintenir avec un bandage en T, pour qu'il gêne moins le malade.

La section des tissus situés entre les mors se montre en moyenne du sixième au dixième jour, et on trouve entre eux, à la chute de l'instrument, un lambeau étroit d'intestin mortifié.

Lorsque l'instrument se détache, il suffit de panser la plaie, comme à la suite de l'incision. On applique dans le rectum une mèche de charpie, que l'on a soin d'engager entre les lèvres de la plaie et que l'on porte autant que possible jusqu'au-dessus de ses limites supérieures.

Cette mèche est renouvelée tous les jours ; seulement on en diminue la grosseur à mesure que la plaie diminue de profondeur et se cicatrise du fond vers la surface. Le clapier terminal, largement ouvert, se couvre aussi de granulations et s'oblitére par rétraction progressive de ses parois.

Les suites de l'opération sont généralement très-simples. Cependant il est habituel de voir survenir, après la chute de l'eschare que l'on a produite, une incontinence des matières fécales, due à la division des sphincters ou tout au moins du sphincter interne. Mais cet accident est généralement de courte durée et l'anus reprend peu à peu ses fonctions.

3° *Traitement des fistules ostéopathiques.* — On comprend que, dans ce cas, les divers procédés opératoires destinés à provoquer la cicatrisation du trajet fistuleux resteront sans effet, tant que la maladie osseuse, point de départ de la fistule, persiste.

Sans parler du traitement général destiné à relever la constitution et les forces du malade ou à modifier l'état diathésique qui a été le point de départ de l'affection osseuse, le traitement local sera le plus souvent palliatif; le chirurgien devra assurer le libre écoulement du pus par des débridements, par le drainage, les injections détersives. C'est seulement lorsque la partie osseuse malade est accessible, que l'intervention pourra être plus active et quelquefois très-utile. Dans ces cas, en mettant à nu l'os malade, en le ruginant, en enlevant des séquestres mobiles, en supprimant, en un mot, la source du pus, le chirurgien assurera la guérison définitive. J'ai cité ailleurs l'observation d'un enfant que j'ai guéri d'une fistule très-ancienne de l'espace pelvi-rectal supérieur, symptomatique d'une nécrose de la face postérieure du pubis, en mettant à nu cet os et en extrayant deux séquestres.

§ III. — Ulcérations de l'anus et du rectum.

L'anus et l'extrémité inférieure du rectum sont fréquemment le siège d'ulcérations. Outre que celles-ci présentent de notables différences relativement à leur nature, il importe de faire remarquer que tandis que certaines ulcérations ano-rectales ne déterminent qu'une douleur très-modérée et n'apportent qu'une gêne médiocre dans l'acte de la défécation, d'autres, au contraire, s'accompagnent d'une contracture permanente et souvent extrêmement douloureuse du sphincter anal, en sorte que pour ces dernières l'élément spasmodique et douloureux joue le rôle prépondérant et constitue le caractère principal de la maladie. Cette distinction est d'une très grande utilité au point de vue chirurgical et mérite d'être consacrée par une terminologie spéciale; aussi diviserons-nous les ulcérations de l'anus et du rectum en deux classes comprenant : 1° les ulcérations ordinaires (simples, syphilitiques, scrofuleuses); 2° les ulcérations avec contracture du sphincter, auxquelles nous réserverons le nom de *fissure à l'anus*.

1° Ulcérations simples, syphilitiques, scrofuleuses.

A. *Ulcérations simples.* — Elles se présentent le plus souvent sous forme de gerçures, qui occupent la marge de l'anus et plus particulièrement le fond des plis rayonnés; on leur a donné le nom de *rhagades*. Sans offrir aucun caractère syphilitique, ces ulcérations succèdent aux diverses éruptions cutanées (herpès, eczéma) qui se montrent si fréquemment à l'anus; comme ces dernières elles peuvent être très rebelles au traitement, et dans quelques cas elles peuvent même devenir le

point de départ d'ulcérations syphilitiques, lorsqu'elles sont contaminées par les liquides provenant d'un chancre placé dans le voisinage. Cette complication s'observe principalement chez les femmes, les liquides qui s'écoulent de la vulve et du vagin venant baigner le périnée et l'anus. Les soins de propreté, les divers topiques conseillés dans le traitement des affections herpétiques de l'anus, les cautérisations superficielles, devront être recommandés dans le cas d'ulcérations simples.

J'ai déjà signalé, à l'occasion de la rectite aiguë et chronique, les ulcérations que l'on peut observer sur la muqueuse du rectum. Très fréquentes à la suite de diarrhées chroniques, surtout chez les enfants, souvent consécutives à la présence de corps étrangers, ces ulcérations se montrent encore dans le cours de la dysenterie. Curling, Allingham, ont décrit sous le nom de *chronic ulcer* ou de *painful ulcer*, une ulcération à marche lente, s'étendant au-dessus du sphincter interne, et dont l'étiologie reste encore indéterminée. Cruveilhier (1) a également signalé l'existence d'un ulcère chronique du rectum, qu'il compare à l'ulcère chronique simple de l'estomac, mais sans fournir aucun renseignement sur sa pathogénie. Enfin, plus récemment, Malassez (2) et E. Vidal (3), s'appuyant sur la coexistence des hémorroïdes avec cet ulcère simple du rectum, pensent qu'il y aurait lieu d'établir une corrélation entre les deux affections, et sont portés à croire que l'ulcère simple du rectum est consécutif à la nécrobiose déterminée par la gêne de la circulation provenant de la périphlébite ou de l'endophlébite.

Suivant Allingham, l'ulcère simple du rectum est situé le plus ordinairement en arrière, à 1 pouce 1/2 environ au-dessus de l'anus, long de 1 pouce et large de 1/2 pouce, entouré d'un bord élevé et induré, douloureux au toucher et saignant facilement. Le spéculum permet de le mettre à découvert; ses bords sont bien marqués, son fond grisâtre ou très rouge.

Au point de vue des troubles fonctionnels, l'auteur anglais signale les besoins impérieux d'aller à la garde-robe, surtout le matin, l'évacuation de gaz et d'un liquide sanguinolent ou glaireux, la sensation de brûlure dans le rectum. Plus tard les évacuations deviennent plus fréquentes, renfermant souvent du pus ou du sang pur; en même temps les douleurs augmentent, surtout pendant la station et la marche; les malades deviennent dyspeptiques et perdent le sommeil. Tandis que la maladie est curable dans sa première période, elle peut au contraire devenir plus tard une cause d'épuisement et entraîner la mort dans le marasme.

B. *Ulcérations syphilitiques.* — a. Le chancre ou ulcère primitif de l'anus, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, peut occuper

(1) *Atlas d'anat. pathologique*, 33^e livr., MALADIES DU RECTUM.

(2) Pean et Malassez, *Des ulcérations anales*, Paris, 1872.

(3) *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, article RECTUM.