

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.

la peau de la marge de l'anus ou l'orifice même. Au contraire, le chancre isolé du rectum est extrêmement rare; mais quelquefois l'ulcération ayant débuté à l'anus se propage à l'intérieur de la cavité rectale.

Tantôt se présentant avec les caractères du chancre mou, tantôt offrant l'aspect de chancres indurés, ce qui est plus rare, les ulcérations syphilitiques primitives de l'anus sont multiples ou solitaires; rarement elles deviennent phagédéniques, et dans ce cas elles ont parfois une tendance à se propager du côté du rectum.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les symptômes objectifs des chancres de l'anus et du rectum, qui sont ici les mêmes que dans toute autre région.

Leur diagnostic est souvent assez difficile, surtout pour ce qui concerne les chancres mous. Les commémoratifs, l'examen des organes génitaux et des ganglions inguinaux, serviront le plus souvent à distinguer d'une ulcération simple celle qui reconnaîtra pour origine l'inoculation du pus syphilitique. Généralement peu douloureuse, s'accompagnant cependant quelquefois d'une sensibilité assez vive au moment de la défécation, mais qui jamais n'atteint le degré d'intensité que l'on observe dans la fissure, le chancre de l'anus et du rectum peut avoir pour conséquence un rétrécissement plus ou moins accusé.

Nous n'avons rien de particulier à signaler au sujet du traitement.

b. Ulcérations syphilitiques secondaires. — On sait combien sont fréquentes les plaques muqueuses de l'anus; elles ont été décrites dans la partie de cet ouvrage qui traite de la syphilis en général. Elles sont souvent le point de départ de végétations et de condylomes.

c. Ulcérations syphilitiques tertiaires. — Elles sont très rares à l'anus et dans la cavité du rectum. Nous verrons plus tard, au chapitre réservé à l'étude des rétrécissements du rectum, que la syphilis tertiaire en est souvent l'origine, et en recherchant la pathogénie de cette variété de rétrécissements, nous montrerons qu'ils ne succèdent pas toujours à des ulcérations.

C. Ulcérations tuberculeuses et scrofuleuses. — Les ulcérations produites par le dépôt de matière tuberculeuse ou caséuse dans l'épaisseur des tuniques du rectum ou dans les tissus qui forment l'ouverture anale sont rares. Elles paraissent être toujours secondaires, ou du moins elles n'ont été observées jusqu'à présent que chez des sujets présentant déjà des signes de tuberculose plus ou moins avancée. Le fait unique cité par Mollière, comme une preuve contraire, n'est rien moins que démonstratif.

L'ulcère tuberculeux du rectum présente une forme assez régulièrement arrondie, avec des bords indurés; sa largeur ne dépasse pas celle d'une pièce de deux francs. D'après Curling, il tend à gagner en profondeur, et devient souvent le point de départ d'abcès profonds et de trajets fistuleux.

Si l'on ne tenait compte de l'état général du sujet, on pourrait confondre l'ulcère tuberculeux du rectum avec les ulcérations syphilitiques, car, de même que ces dernières, il donne lieu à des épreintes, à des selles sanguinolentes, avec des alternatives de diarrhée et de constipation.

Les ulcérations tuberculeuses de l'anus présentent des caractères plus nettement accusés; la surface de l'ulcère est jaunâtre; ses bords durs, infiltrés de granulations grisâtres; au pourtour de l'ulcération, on trouve de petits nodules indurés, qui plus tard subissent la dégénérescence caséuse, s'ulcèrent à leur tour, et se réunissent à l'ulcération primitive dont ils augmentent ainsi l'étendue. En même temps, l'ulcération gagne en profondeur et s'étend du côté du rectum, détruisant même les fibres sphinctériennes, en sorte qu'il peut en résulter une incontinence des matières fécales. Les ulcères tuberculeux se compliquent souvent d'éruptions douloureuses de la région anale, de végétations papillaires.

Le traitement devra être le plus souvent, sinon toujours, palliatif. Mollière, à l'exemple d'Esmarch, conseille cependant la cautérisation destructive, dans les cas où le sujet ne présente pas des signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

Nous devons rapprocher des ulcérations tuberculeuses proprement dites les ulcérations scrofuleuses ou le *lupus ano-rectal*. Celui-ci n'est presque jamais limité à l'anus, et a presque toujours pour point de départ les organes génitaux externes; aussi l'observe-t-on principalement chez la femme. Après s'être développé à la vulve, le lupus gagne consécutivement la cloison recto-vaginale, l'anus et le rectum. Nous aurons à revenir plus tard sur cette forme d'ulcération, en traitant de l'*esthiomène de la vulve*.

2° Fissure à l'anus.

On désigne sous le nom de fissure à l'anus (*irritable ulcer* des Anglais), une petite ulcération superficielle et allongée, qui, siégeant dans l'épaisseur des plis radiés de l'anus, s'accompagne de douleurs très-vives et de contraction spasmodique du sphincter.

En raison de ses douleurs caractéristiques, cette affection a de tout temps attiré l'attention des chirurgiens. Aetius, Avicenne, Albucasis, la mentionnent déjà; mais il ressort de leurs descriptions vagues qu'ils ne connaissaient pas le trait essentiel de la maladie et confondaient, avec la véritable fissure à l'anus, les simples fentes ou excoriations de la muqueuse anale.

Sabatier signale bien l'existence, au niveau de l'anus, d'excoriations longues et rebelles à la guérison; Lemonnier (1), celle d'ulcérations qui

(1) Lemonnier, *Traité de la fistule du fondement*, 1689.

suivent les rides du fondement et qu'il compare aux crevasses produites par le froid sur les mains ou sur les lèvres; mais aucun d'eux ne formule un traitement rationnel de ces accidents.

Il faut arriver à Boyer pour avoir une histoire complète de la fissure à l'anüs. C'est en effet cet éminent chirurgien qui, le premier, sut découvrir la véritable nature de la maladie, et qui, considérant le spasme du sphincter comme le fait capital dans la production des symptômes douloureux, eut le premier l'honneur de diriger contre cette affection un traitement rationnel.

Depuis cette époque, la fissure à l'anüs a été l'objet de recherches nombreuses et attentives. Parmi les travaux les plus importants qui ont paru sur ce sujet, nous signalerons :

BOYER (Al.), *Sur quelques maladies de l'anüs*, in *Journ. complém. des sc. méd.*, t. II, p. 24; 1818. — DELAUNAY, *Essai sur la fissure ou gerçure de l'anüs*, thèse de Paris, 1824, n° 215. — BASEDOW, *Ueber die Stricture Ani Spastica*, *Boyer's fissure à l'anüs*, in *Journ. der Chir. v. Graefe und Walther*, t. VII, p. 125; 1825. — BÉGIN (L. J.), *Obs. relatives aux fissures à l'anüs et aux constrictions du rectum*, in *Rec. de Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1^{re} série, t. XVIII, p. 254; 1826. — MOTHE, *Mém. sur les fissures à l'anüs*, in *Mél. de méd. et de chir.*, t. II, p. 31, Lyon, 1827. — THIBORD, *Essai sur la fissure ou la gerçure à l'anüs*, thèse de Paris, 1828, n° 494. — VIVENT (F.), *Diss. sur la fissure à l'anüs*, thèse de Paris, 1830, n° 132. — JOBERT (de Lamballe), *Considérations pratiques sur les hémorrhoides et les fissures à l'anüs*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1839, p. 385. — CAZENAVE (J. J.), *Études sur la fissure à l'anüs, suivies d'expériences faites dans le but de traiter, etc.*, Paris, 1843. — KERSTEIN, *Ueber die fissura Ani*, in *Wochensch. f. d. Heilk. von Casper*, 1846, n° 24. — AUCLÈRE, *De la fissure à l'anüs et de son traitement*, thèse de Paris, 1846, n° 88. — DUCLOS, *De la fissure à l'anüs chez les enfants à la mamelle et de son trait. par le ratanhia*, in *Journ. de méd.*, t. IV, p. 106; 1846. — CHASSAIGNAC, *Opposition entre les fissures spasmodiques et les fissures non spasmodiques de l'anüs*, in *Gaz. des hop.*, 1849, n° 181. — BERNET (P. H.), *De la contracture du sphincter de l'anüs avec fissure et de son traitement*, thèse de Paris, 1850, n° 8. — GUICHENET, *De la fissure à l'anüs*, thèse de Paris, 1856, n° 254. — ROUSE (James), *On ulceration of the lower extremity of the rectum; its varieties; Diagnostic and Treatment*, in *Brit. med. Journ.*, 1860, p. 356. — COPIN, *De la fissure à l'anüs*, thèse de Paris, 1860, n° 29. — GAUTIER, *De la fissure des enfants à la mamelle*, thèse de Paris, 1865, n° 284. — LARBES (H.), *De la fissure à l'anüs*, thèse de Paris, 1866, n° 284. — DUCAMP (Ch. A.), *De la fissure à l'anüs*, thèse de Paris, 1876.

C'est à tort que Blandin a divisé les fissures à l'anüs en trois catégories, suivant qu'elles siègent au-dessus, au-dessous ou au niveau même du sphincter. On ne saurait décrire comme fissures toutes les ulcérations douloureuses de l'anüs, et on doit réserver ce nom aux érosions qui se compliquent d'une contracture du sphincter anal. Or, quoique dans certains cas des ulcérations sus- ou sous-sphinctériennes aient pu donner lieu à une contraction réflexe de l'anneau musculaire de l'anüs, ce sont surtout les fissures sphinctériennes, c'est-à-dire celles

qui siègent au niveau même de l'orifice anal, qui donnent naissance à ces douleurs intolérables, caractéristiques de l'affection. Ce sont ces dernières que nous aurons exclusivement en vue dans notre description.

PATHOGÉNIE. — Au sujet de la pathogénie de l'affection, les auteurs se partagent en deux camps : 1° les uns considèrent la fissure comme une conséquence de la contraction spasmodique du sphincter; 2° les autres pensent, au contraire, que la contraction sphinctérienne est consécutive à la fissure et n'en est qu'une conséquence plus ou moins éloignée.

La première théorie a été vaillamment défendue par Boyer. Cet auteur pensait que la contraction du sphincter donne lieu à la fissure et est le fait capital dans la genèse des accidents. Allant même plus loin, il admettait que la constriction du sphincter, même sans ulcération, peut constituer toute la maladie. Méral et Vidal (de Cassis) soutiennent la même opinion. Malheureusement, les observations sur lesquelles s'appuient Boyer et ses partisans manquent trop de détails pour qu'on puisse leur accorder une grande valeur.

Les adversaires de Boyer regardent la contracture du sphincter comme un effet et non comme une cause de la fissure. Cette seconde théorie, qui paraît être la plus généralement adoptée aujourd'hui, a été défendue par Sanson, Blandin, Velpeau, Chassaignac. Pour ces auteurs, toutes les fois qu'on n'a pu constater la fissure, c'est qu'elle a échappé à l'examen; mais, tandis que Blandin pense que la fissure sphinctérienne seule peut déterminer les phénomènes caractéristiques de l'affection, Velpeau affirme avoir observé des malades qui éprouvaient des douleurs très intenses quoique l'ulcération siègeât, non au niveau même de l'anneau musculaire de l'anüs, mais au-dessus.

Les auteurs étrangers soutiennent à peu près la même thèse. Allingham rattache la douleur à la dénudation de petits filets nerveux à la surface de l'ulcère, et insiste sur l'influence que peut avoir sur sa production l'excessive mobilité du sphincter anal, qui, ayant à lutter sans cesse contre la pression abdominale, est animé de mouvements chaque fois que cette pression change sous l'influence de la toux ou d'une expiration forcée.

En résumé, d'après l'opinion généralement acceptée, la contracture anale serait d'origine réflexe, ainsi que les douleurs d'irradiation qui

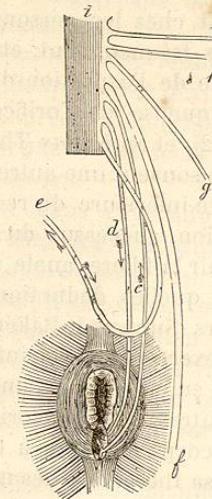


FIG. 82. — Schéma destiné à montrer la pathogénie des réflexes dans la fissure anale.

accompagnent la fissure à l'anus; l'irritation des filets nerveux sensitifs qui se rendent à la fissure déterminerait, d'une part, l'excitation des branches motrices du sphincter et du releveur de l'anus; d'autre part, l'excitation des filets nerveux sensitifs voisins. La figure schématique ci-contre (p. 433), empruntée à Hilton, montre cette double réflexion: un filet nerveux sensitif *c* parti de la fissure *a* vient se rendre à la moelle *i*, dans un point d'où partent le nerf moteur du sphincter *d*, ainsi que les nerfs honteux *e*, ischiatique *f*, ilio-lombaire *g*, lombaire *h*.

Nous mentionnerons, en terminant, la doctrine professée par Gosselin (1) au sujet de la pathogénie de la fissure anale et de la contracture qui l'accompagne. Suivant lui, il n'y a pas contracture du sphincter; la fissure est l'origine exclusive de la douleur; et si pendant les crises on constate une certaine résistance de l'anneau musculaire à se laisser franchir par le doigt explorateur, cette résistance n'est pas supérieure à celle que présente la tonicité normale et habituelle du muscle, chez les sujets jeunes du même âge, et qui force la fissure à subir une pression trop forte au moment de la défécation.

ÉTILOGIE. — Toutes les dénudations épidermiques et entamures de l'orifice anal paraissent être susceptibles de devenir l'origine d'une fissure à l'anus; cependant les érosions traumatiques jouent le plus grand rôle dans la production de cette affection.

C'est chez les personnes à constipation habituelle qu'elle se montre le plus fréquemment, et elle est alors très-vraisemblablement la conséquence de l'expulsion d'un bol fécal dur et volumineux, qui a excorié la muqueuse de l'orifice anal sur son passage. Bretonneau, Trousseau (2), et après eux Thiry (3), ont émis l'opinion qu'à cette cause s'en ajoute souvent une autre, la paralysie, ou plutôt la dilatation de l'extrémité inférieure du rectum, ayant pour effet de permettre l'accumulation, au-dessus du sphincter, de masses fécales qui ne peuvent franchir la filière anale sans déchirer la muqueuse. Nous verrons plus loin à quelles déductions thérapeutiques cette opinion a conduit ces auteurs. Suivant J. Baker-Brown (4) et Allingham (5), les déviations utérines exerceraient une influence analogue sur la contraction fissuraire de l'anus en entretenant une constipation opiniâtre.

D'autres fois, l'excoriation est une conséquence de l'introduction d'un corps étranger à travers l'anus ou d'un coït anormal. Thibord, dans sa thèse, cite des malades chez lesquels la fissure à l'anus a été la conséquence de l'administration maladroite d'un lavement avec une

(1) *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. II, p. 677.

(2) *Du traitement de la fissure à l'anus par le ratanhia*. In *Journ. des connaiss. méd. chir.*, t. VIII, 1840.

(3) Bruxelles, 1846.

(4) *On surgical diseases of women*. London, 1866, p. 302.

(5) *Loc. cit.*, p. 110.

canule acérée, et d'autres, qui faisaient remonter le début de l'affection à une extirpation d'hémorroïdes.

Les lésions non traumatiques de la région anale sont rarement le point de départ d'une véritable fissure. Cependant, d'après Mollière, Diday aurait vu des chancres, à la fin de leur période de réparation, présenter l'aspect et donner lieu aux symptômes de la vraie fissure. Les hémorroïdes, les éruptions d'herpès, d'eczéma, d'érythème ou de prurigo ont paru, dans quelques cas, devoir être considérées comme le point de départ de l'affection. Allingham insiste spécialement sur l'existence de polypes comme cause de fissures, et sur la nécessité de les extirper au moment de l'opération, si l'on veut avoir une guérison durable. Gosselin pense que la maladie est fréquente à la suite de la vaginite ou de l'accouchement, en raison des écoulements de nature irritante qui en sont la conséquence et qui, en coulant le long du périnée, peuvent être l'origine d'excoriations anales susceptibles de se transformer en fissures. Signalons enfin, pour terminer, que, d'après Velpeau, la simple ablation des poils de la région peut être l'origine des accidents.

Malgré les causes nombreuses et variées de fissure à l'anus que nous venons d'énumérer, la cause essentielle en vertu de laquelle une simple érosion de la muqueuse va s'accompagner de douleurs névralgiques si intenses est très-difficile à déterminer, et l'on est obligé, dans la plupart des cas, d'invoquer des prédispositions individuelles.

Parmi ces dernières, nous croyons devoir, à l'exemple de Mollière, signaler l'étroitesse congénitale de l'anus, difformité beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et qui, d'après Maximin Sarremone (1), en augmentant les frottements exercés par le bol fécal sur l'orifice anal, serait une cause prédisposante à la fissure.

La sphinctéralgie fissuraire s'observe surtout dans l'âge adulte, de vingt-cinq à quarante ans; elle est très-rare chez les vieillards et les enfants. Gautier (2) a cependant écrit un mémoire spécial sur les fissures de l'enfance, mais il semble avoir confondu les érosions cutanées de l'érythème avec les vraies fissures à l'anus. Allingham dit avoir observé cette affection chez un enfant au maillot et chez un vieillard de quatre-vingts ans, et Miller (3) déclare l'avoir rencontrée chez des enfants à la mamelle. Enfin Aubry a fait paraître un travail sur la fissure des enfants à la mamelle.

L'influence du sexe est très-marquée, car cette affection est incontestablement beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, fait qui, du reste, s'explique assez facilement, quand on songe combien la femme est plus sujette à la constipation que l'homme, combien

(1) Thèse de Strasbourg, 1861, n° 555.

(2) Gautier, *loc. cit.*

(3) *Practice of surgery*. Edimburgh, 1852, p. 380.