

sa peau est plus délicate et plus facile à se déchirer, et combien aussi sa susceptibilité nerveuse est plus vive.

On a encore accusé les professions sédentaires et certains tempéraments de prédisposer à la fissure à l'anus, mais rien ne peut être rigoureusement établi à cet égard.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la fissure à l'anus sont très-variables quant à l'intensité des phénomènes douloureux dont elle s'accompagne.

Généralement la maladie débute d'une manière insensible et, dans les premiers temps, la douleur ne se montre guère que sous forme de cuissons ou de démangeaisons plus ou moins vives, quand le bol fécal ou un corps étranger introduit dans le rectum frotte et irrite la surface ulcérée. Réduite à cette incommodité, l'affection correspond à la forme de fissure à l'anus, que Gosselin a décrite sous le nom de fissure *tolérante*.

Malheureusement la maladie ne s'en tient généralement pas là, et la défécation devenant de plus en plus pénible, les sensations de brûlure augmentent de jour en jour d'intensité et se prolongent, une fois l'acte terminé, pendant un temps de plus en plus considérable. Souvent on voit les malades, pour calmer leurs souffrances, changer incessamment de position, prendre les postures les plus bizarres ou chercher à se comprimer le fondement, en s'asseyant sur l'angle résistant d'un meuble ou sur tout autre objet. Certains d'entre eux prennent tous les jours un laxatif ou plusieurs lavements, sachant que leurs douleurs sont beaucoup plus vives lorsqu'ils sont restés deux ou trois jours sans aller à la selle.

L'affection peut rester ainsi pendant des mois et même des années, mais parfois elle atteint une intensité encore beaucoup plus considérable. Chaque garde-robe devient alors l'occasion de douleurs horribles, que le malade compare à une brûlure ou à une déchirure au niveau de l'anus. En proie à une agitation extrême, il pousse de sourds gémissements, se cramponne à tous les objets qui sont à sa portée, et ne se trouve soulagé qu'une fois l'acte terminé. Mais cette détente n'est pas de longue durée; après quinze, vingt ou vingt-cinq minutes, des douleurs plus cruelles encore vont apparaître. Cette nouvelle crise constitue même un signe distinctif de l'affection, car on ne le rencontre pas dans les cas de fissures non spasmodiques. Le malade compare ses douleurs à des lames de feu qui lui labourent l'anus, à un anneau métallique qui lui étreint la région anale; il ressent des élancements qui, partant de la fissure, irradient dans le cordon spermatique, la matrice, les cuisses et jusque dans les lombes. En proie à une angoisse épouvantable, il se roule dans son lit et ne peut supporter le moindre contact; son front ruisselle de sueur, tout son corps est quelquefois agité de mouvements convulsifs; parfois il tombe en syncope. Ces crises sont tellement atroces qu'on a vu des malades annoncer l'intention de se

donner la mort, pour se soustraire à de pareilles tortures. Ce supplice peut durer de six à dix heures.

La même série d'accidents recommence à chaque déjection alvine; aussi beaucoup de malades redoutent-ils les garde-robes et sont-ils bientôt affectés d'une constipation opiniâtre qui résulte bien moins de la maladie elle-même que de la crainte de la défécation. La constipation devient parfois si prononcée, que les évacuations ne se font plus que tous les huit, dix ou douze jours; encore est-il nécessaire de les provoquer par des laxatifs ou des lavements. Il est quelques malades qui restreignent leur alimentation; d'autres qui se soumettent à un régime particulier dans le but de liquéfier leurs selles; mais alors qu'ils sont parvenus à obtenir une diarrhée habituelle, le passage des matières liquides est encore très-douloureux; l'expulsion des gaz ne se fait même pas toujours sans provoquer une douleur assez vive.

Si quelques malades sont relativement tranquilles dans l'intervalle des garde-robes, il en est d'autres que la douleur force à rester au lit, et chez lesquels la position assise ne peut être supportée; l'action de marcher réveille la douleur, tous les actes qui réclament la contraction des muscles abdominaux, le rire, l'action de moucher, d'éternuer, de cracher, ont des retentissements douloureux du côté de la fissure. Il n'est pas jusqu'au régime qui n'exerce son influence sur l'intensité des phénomènes douloureux: car les écarts de régime, l'usage du café, des liqueurs alcooliques, des mets fortement épicés, les exaspèrent. Enfin il n'est pas rare de voir le même phénomène se manifester chez certaines femmes à l'époque de leurs règles.

La constipation ne tarde pas généralement à amener des troubles digestifs, de la gastralgie, de la dyspepsie, des douleurs abdominales et des troubles sympathiques du côté des organes abdominaux. On a vu la fissure à l'anus se compliquer de coliques utérines ou de spasmes vésicaux se révélant sous forme de rétention ou d'incontinence d'urine. Des rétrécissements spasmodiques de l'urèthre, des sciatiques, des névralgies crurales, ont été signalés dans le cours de certaines fissures à l'anus. Ces phénomènes, outre le cortège d'accidents fâcheux auxquels ils peuvent donner naissance, sont de nature à égarer le diagnostic et à faire méconnaître la véritable cause des accidents.

Enfin, au dernier terme de l'affection, les malades, épuisés par la souffrance, ne tardent pas à maigrir et à s'affaiblir; leur teint change de couleur, leurs traits s'altèrent, et ils peuvent tomber dans un état de chloro-anémie des plus rebelles.

Telle est la marche de l'affection dans les cas les mieux caractérisés, inutile de dire que les symptômes ne présentent pas toujours cette intensité, et que l'on peut trouver tous les degrés, depuis la fissure à peine incommode jusqu'à la plus douloureuse. De même, sous certaines influences, les symptômes peuvent s'amender un certain temps pour reparaître ensuite avec plus ou moins de violence.

DIAGNOSTIC. — Il repose sur l'ensemble des signes fonctionnels que nous avons décrits et sur l'examen direct de la région malade.

Cet examen peut se faire de différentes façons. Souvent, en promenant simplement le doigt autour de l'orifice anal, on peut déjà déterminer le siège de la fissure; car lorsqu'on arrive à presser au niveau correspondant à l'ulcération, le malade accuse le plus souvent une douleur poignante. L'avantage de cette manière de procéder est que, si l'on veut confirmer le diagnostic par la vue, on peut le faire sans tâtonnement en écartant les plis de l'anus et regardant attentivement au niveau du point douloureux. Mais souvent aussi cette manœuvre de déplissement, redoublant les douleurs, fait contracter le sphincter sans permettre de découvrir l'ulcération. Il est généralement préférable d'engager le malade à faire un petit effort comme pour aller à la selle. On arrive ainsi fréquemment à apercevoir la fissure à droite ou à gauche de l'anus, mais bien plus souvent en arrière, du côté du coccyx. Elle se montre sous forme d'une petite ulcération allongée, elliptique, cachée dans les plis radiés de l'anus, mais que bien souvent aussi on ne peut découvrir qu'après des recherches très-attentives. Son extrémité supérieure empiète sur la muqueuse, tandis que son extrémité inférieure est à la peau; peu profonde, elle ne paraît intéresser le plus souvent que la muqueuse. Son aspect est variable; tantôt elle est rosée, vermeille, à bords non saillants; tantôt elle est grisâtre, à bords durs et calleux. Elle fournit à peine un léger suintement, et il est peu fréquent que les fèces soient tachées de sang.

Lorsque la fissure date de longtemps, il n'est pas rare de la voir surmontée d'une petite tumeur en forme de végétation ou de tubercule qui, vaguement signalée par la plupart des auteurs, a été surtout décrite par Allingham. Elle est le plus souvent unique, plus ou moins dure, et semble parfois recouvrir l'ulcération. Cette végétation, loin d'être, comme Blandin le voulait, la cause première de l'affection, n'est que le résultat de l'irritation locale de la muqueuse.

Si l'on cherche à faire pénétrer le doigt dans le rectum, on n'y arrive le plus souvent qu'en déterminant une souffrance plus ou moins vive, et l'on reconnaît rapidement que l'orifice anal est le siège d'une constriction remarquable, due à la contraction spasmodique du sphincter. Cette contracture a été niée par Gosselin. Suivant lui, si l'on constate une certaine résistance de l'orifice anal à se laisser franchir par le doigt explorateur, elle ne dépasse pas celle qu'on observerait chez des personnes du même âge non affectées de fissure, car chez presque tous les sujets jeunes, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de fissure, l'anus est serré. Malgré l'autorité de ce chirurgien, nous croyons que la contracture du sphincter est presque constante; car, si après avoir introduit le doigt dans le rectum on saisit le sphincter entre le pouce et l'index, on le trouve manifestement dur et raccourci, c'est-à-dire contracturé.

D'après Sarremone (1), il y aurait même, à une certaine époque, une rétraction permanente du muscle, et, suivant Allingham, cet organe serait le siège d'une véritable hypertrophie. Du reste, Ashton a avancé que cette contracture pourrait, en quelque sorte, se constater *de visu*, car pendant les accès douloureux, l'anus, au lieu de présenter la forme d'un infundibulum peu évasé, au fond duquel s'aperçoit l'orifice anal, proéminerait en quelque sorte, et se présenterait sous forme d'une partie presque plane, percée à son centre d'un orifice extrêmement petit.

Le toucher rectal fait reconnaître le siège de l'ulcération, car la pression exercée au niveau de la lésion occasionne des douleurs très-vives et souvent même intolérables, en même temps qu'elle permet de sentir dans le même point une légère induration de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de longueur.

Signalons enfin le procédé de Chassaignac, qui consiste à introduire dans le rectum une petite poire en caoutchouc, à l'insuffler, puis à tirer sur la tige de manière à attirer au dehors la muqueuse, et par conséquent la surface de l'ulcération.

Mais tous ces procédés, en raison des douleurs atroces qu'ils occasionnent, sont souvent impraticables, et il est nécessaire pour les appliquer d'anesthésier le malade au moyen du chloroforme. Rien n'est plus simple alors que de pratiquer un examen minutieux de la région anale, et de se rendre compte de toutes les particularités que peut présenter la lésion. On peut même au besoin se servir d'un *speculum ani*.

Il n'est guère possible de confondre la fissure à l'anus avec une hémorroïde, une végétation, et même avec les petites ulcérations qu'on trouve si fréquemment autour de l'anus, et qui ne révèlent le plus souvent leur présence que par quelques démangeaisons, un sentiment de cuisson et l'écoulement de quelques gouttes de sang au moment de la défécation. Du reste, si le malade éprouve parfois de véritables douleurs au moment de l'expulsion des matières, elles sont localisées en un seul point et ne se montrent pas, comme dans la vraie fissure, une demi-heure après la terminaison de l'acte. En outre, ces ulcérations sont souvent multiples, tandis que la fissure à l'anus est toujours unique.

Le diagnostic avec la névralgie essentielle de l'anus s'appuie d'abord sur l'exploration minutieuse de la région anale, exploration qui permet de s'assurer s'il y a ou s'il n'y a pas lésion fissuraire; puis sur le caractère symptomatique suivant: dans la névralgie sans fissure, la douleur se montre spontanément, à toute heure du jour et de la nuit, tandis que dans la fissure elle se montre au moment et un peu après la défécation.

Le diagnostic de la cause originelle de la fissure est souvent important à établir au point de vue thérapeutique. Le chancre devenu fissurique, quelque grande que soit souvent son analogie d'aspect avec la

(1) *Loc. cit.*

vraie fissure, est généralement moins douloureux qu'elle. Les antécédents syphilitiques du malade mettront sur la voie du diagnostic.

**PRONOSTIC.** — La fissure à l'anüs n'est pas grave par elle-même, mais elle constitue une affection qui, si elle n'est pas traitée, peut avoir une durée indéterminée. Elle peut devenir en outre le point de départ d'accidents nerveux et d'hypochondrie, qui persistent même après la guérison de l'ulcération. L'excessive rareté de la guérison spontanée, les suites fâcheuses que peuvent avoir sur la santé générale du malade les souffrances auxquelles il est en proie, exigent un traitement aussi précoce que possible.

**TRAITEMENT.** — Un grand nombre de moyens ont été conseillés pour guérir la fissure à l'anüs. On peut les diviser en deux catégories : A. les *moyens médicaux* ; B. les *moyens chirurgicaux*.

A. *Moyens médicaux.* — On doit chercher par un régime approprié à modifier le nombre et la consistance des selles, de manière à les rendre plus faciles et moins douloureuses. Le malade, dans ce but, prendra tous les jours quelque laxatif léger.

Les injections narcotiques, les suppositoires et les pommades opiacées peuvent quelquefois rendre la douleur plus supportable, mais il ne faut pas trop y compter ; ces topiques ont souvent un effet contraire. Il en est de même de la belladone, qui a été longtemps préconisée, mais qui doit sans doute beaucoup des succès qu'on lui a attribués à la dilatation déterminée par la mèche enduite de la substance médicamenteuse (1).

Il nous reste à dire quelques mots de la méthode de Bretonneau et Trousseau, qui, comme nous l'avons vu, attribuaient l'origine des accidents à la paralysie ou à la dilatation de l'ampoule rectale. Leur méthode a pour but de chercher à rendre au rectum sa tonicité et de l'empêcher de se laisser distendre par les fèces accumulées. Elle consiste à administrer aux malades des lavements avec de l'extrait de ratanhia, de la monesia ou du sulfate de cuivre (15 centigr. pour un demi-lavement), ou bien à introduire dans le rectum des mèches enduites de cérat et de poudre de ratanhia. Cette méthode, également préconisée par Thiry et par Payan (2), réussit bien rarement dans les véritables fissures anales.

Les fumigations d'eau chaude, les aspersiones froides, les bains, etc., ont aussi pu, dans quelques cas, rendre les douleurs plus supportables, mais, de même que les moyens précédents, ils ont toujours été insuffisants pour guérir la maladie.

B. *Moyens chirurgicaux.* — Ce sont : 1° l'incision ; 2° l'excision ; 3° la cautérisation ; 4° la dilatation.

1° *Incision.* — a. *Incision profonde.* Boyer, en instituant cette mé-

(1) Louvet-Lamarre, *Nouv. bibl. méd.*, t. II, p. 389, 1827 ; et Delaporte, *Journ. gén. de méd.*, t. CX, p. 329, 1830.

(2) *Sur le traitement de la fissure à l'anüs par l'extr. de ratanhia.* In *Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, et *Journ. de chir.*, t. II, p. 310, 1844.

thode, resta conforme à sa théorie et fut le premier à diriger contre la fissure à l'anüs un traitement rationnel. La contracture du sphincter étant, suivant lui, la cause de tous les accidents, il prescrivit d'inciser le sphincter anal dans toute son épaisseur.

Son procédé consiste, le malade étant placé dans la même position que pour l'opération de la fistule à l'anüs, à glisser sur l'index préalablement graissé et introduit dans le rectum, un bistouri à pointe mousse, et à inciser l'anneau sphinctérien dans toute son épaisseur.

Cette méthode réussit presque toujours et met le malade à l'abri des récidives plus sûrement que tout autre procédé. Mais on peut lui reprocher de donner lieu à une plaie étendue, très-longue à se cicatrifier, et d'exposer le malade à diverses complications, dont les plus redoutables sont : l'hémorrhagie, le phlegmon périrectal, la péritonite, l'infection purulente. Ajoutons même que si ces accidents sont évités, on peut encore dans la suite avoir à compter avec une incontinence des matières fécales.

b. *Incision superficielle.* Pour éviter les complications susmentionnées, Dupuytren en France, Copeland en Angleterre, proposèrent de ne faire porter l'incision que sur la muqueuse. Suivant Curling (1), si cette méthode a réussi quelquefois, ce n'est que parce que l'incision a intéressé en même temps les fibres les plus superficielles du sphincter.

Pour Allingham, qui pense que les filets nerveux mis à nu au fond de l'ulcère sont le point de départ des douleurs et du spasme du sphincter, l'incision, sans être aussi profonde que celle de Boyer, doit être suffisante pour assurer l'immobilité du muscle.

c. *Section sous-muqueuse du sphincter.* Pratiquée pour la première fois par Jules Guérin (2), cette méthode a été préconisée par Blandin (3) et Brachet (de Lyon). Elle consiste à pratiquer à un ou deux travers de doigt de l'anüs une petite ouverture à la peau, à introduire un doigt dans le rectum, puis, tendant les téguments de la région anale, à faire passer le ténotome entre le sphincter et la muqueuse, pour terminer en divisant le muscle. Ce dernier temps de l'opération est marqué par un petit craquement et par la sensation immédiate qu'éprouve le doigt introduit dans le rectum, de la formation d'un petit espace entre les deux extrémités du muscle divisé.

Ce procédé a certainement donné de bons résultats, mais il expose à l'hémorrhagie. Blandin fut obligé une fois de débrider largement pour lier une petite artère divisée. En outre, comme le système veineux hémorrhoidal est souvent très-dilaté chez les sujets atteints de fissure,

(1) *Surgical Treatment of Fissura of the Anus*, In *Dublin hosp. Gaz.*, t. I, p. 127 ; 1854.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1844, p. 832.

(3) *Ténotomie anale par la méthode sous-cutanée* In, *Bull. de thérap.*, t. XXXIII, p. 115 ; 1847

(4) *Gaz. méd. de Paris*, 1839, p. 385.

et que l'incision de la peau est souvent trop petite pour donner issue au sang, il se forme un foyer sanguin, quelquefois même une infiltration sanguine de toute la région, pouvant être l'origine de graves accidents.

2° *Excision.* — Jobert de Lamballe (1), regardant la fissure comme le point de départ d'un réflexe amenant la contracture du sphincter, pensa qu'il suffirait d'enlever l'ulcération pour faire disparaître tous les accidents. Sa méthode consiste à soulever la membrane muqueuse avec des pinces à griffes et à en faire l'excision avec des ciseaux courbes ou un bistouri. Si cette opération a réussi quelquefois, c'est vraisemblablement parce qu'il est bien difficile de la pratiquer sans emporter quelques portions du sphincter; elle est aujourd'hui rejetée par la grande majorité des chirurgiens.

3° *Cautérisation.* — Par ce procédé, on avait l'intention de transformer l'ulcère en plaie simple et de se mettre à l'abri de l'hémorrhagie. On a employé dans ce but le fer rouge, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, etc. D'autres chirurgiens, et en particulier Herpin (de Genève), proposèrent d'inciser d'abord, puis de cautériser les incisions avec le nitrate d'argent, de manière à substituer aux mèches, qui sont toujours pénibles pour le malade, la petite pellicule qui résulte de la cautérisation.

La méthode des caustiques est abandonnée aujourd'hui; cependant Gosselin, dans la variété de fissure qu'il nomme *tolérante*, veut qu'on mette sur la fissure une petite mèche de charpie trempée dans une pommade caustique.

4° *Dilatation.* — Il est démontré en chirurgie que lorsqu'un muscle est contracturé, il suffit de lui rendre sa longueur normale pour faire cesser les accidents. C'est sur ce principe que repose la méthode de la dilatation dans le traitement de la fissure à l'anus. Elle peut se faire de deux manières : graduellement ou brusquement.

a. *Dilatation graduelle.* Elle se pratique à l'aide de bougies ou de mèches; mais ce procédé doit être rejeté, car la présence de ces corps étrangers fatigue les malades, détermine souvent des douleurs intolérables et augmente même parfois la constriction du sphincter par l'irritation qu'ils produisent.

b. *Dilatation forcée.* Elle fut appliquée pour la première fois par Récamier, qui non-seulement introduisait petit à petit les doigts dans l'anus pour le dilater, mais faisait une sorte de massage du sphincter en le serrant entre ses doigts. Maisonneuve introduisait la main tout entière dans le rectum et la retirait le poing fermé, de manière à élargir le plus possible l'orifice anal. Ce procédé barbare peut produire des déchirures considérables et être l'origine de suppurations très-graves; aussi a-t-il été vite abandonné et remplacé par une dilatation du sphincter au moyen des deux doigts introduits dans le rectum. Nélaton, après

(1) *Gaz. méd.*, 1849, p. 220.

avoir anesthésié le malade au moyen du chloroforme, introduit les deux pouces dans l'anus, de manière à ce qu'ils se touchent par leur face dorsale, et les écarte jusqu'à ce que leur face palmaire rencontre les ischions. Chassaignac veut qu'après avoir dilaté transversalement, on opère également une dilatation dans le sens antéro-postérieur, en prenant la précaution de ne pas agir avec brusquerie, car dans cette direction il n'y a plus de plans osseux capables de mettre obstacle aux emportements intempestifs de la dilatation.

Gosselin, quoiqu'il ne croie pas à la contracture du sphincter, pratique aussi la dilatation, et la fait même avec les deux index pour être plus sûr qu'elle portera sur toute la hauteur du sphincter.

Quel que soit le moyen employé pour dilater, on éprouve d'abord une résistance, puis on perçoit un petit craquement qui indique la rupture de quelques fibres musculaires. Que la fissure se déchire ou reste intacte, peu importe; il suffit que le muscle ne puisse plus serrer l'orifice anal pendant un certain temps.

Lorsque le malade sort du sommeil chloroformique, il éprouve une douleur très-vive, mais de courte durée. Pendant les premiers jours, il est bon d'administrer quelques lavements pour faciliter l'issue des selles. Au bout de huit jours, le malade peut reprendre ses occupations.

Mollière croit qu'il est inutile de déchirer le sphincter; il suffit de l'étendre, de le dilater. Dans ce but, il conseille l'emploi du *spéculum uteri* d'Ambroise Paré, instrument muni de trois longues et solides branches pouvant se fermer et s'ouvrir à volonté, et dont les valves présentent, quand elles sont ouvertes, un écartement de 10 centimètres à leurs extrémités. Il considère également comme un excellent dilateur l'instrument dont on se sert pour élargir les gants. Par des ouvertures et des fermetures successives, on arrive graduellement à obtenir une dilatation suffisante pour qu'on puisse introduire la main entière dans l'anus. On ne doit arriver à ce résultat, dit-il, qu'au bout d'une demi-heure environ.

La dilatation, comme méthode de traitement de la fissure à l'anus, est aujourd'hui universellement pratiquée en France, tandis qu'elle est encore peu connue en Angleterre. Allingham, qui l'a mise en pratique, ne la trouve pas aussi avantageuse dans ses résultats que l'incision, et lui reproche d'exposer aux récidives. Courty attribue les récidives à ce que, surtout chez la femme, l'anesthésie amène un tel relâchement du sphincter, que la dilatation, même énergique, n'est pas suivie de la rupture des fibres musculaires du sphincter, si nécessaire à la réussite de l'opération. Aussi Courty dilate-t-il ses malades sans les anesthésier. Une autre raison milite contre l'emploi du chloroforme dans le traitement de la fissure anale; ce sont les phénomènes alarmants qui se déclarent quelquefois immédiatement après la dilatation, alors même que la quantité de chloroforme absorbée a été minime. Nicaise a