

le **vagin**. Enfin, mentionnons encore la possibilité de l'écoulement de liquides irritants du vagin vers l'anus, et les érosions qui en sont la conséquence et qui, de leur côté, peuvent donner lieu à des fissures.

Chez l'homme, un certain nombre de causes peuvent également déterminer une fissure anale. Lorsqu'il mène une vie sédentaire, il est exposé, comme la femme, aux congestions vers l'anus et à la constipation. Il n'arrive que trop souvent que les fissures soient prises chez lui pour des hémorroïdes. On doit bien se garder, en effet, de désigner sous le nom de bourrelet hémorroïdaire toute tuméfaction de la muqueuse, au niveau de laquelle se trouve une fissure. Nous avons vu que les fissures anales naissent souvent sur un point de la muqueuse devenu le siège d'un gonflement par stase veineuse. C'est ce qui nous explique la tuméfaction des tissus que l'on observe assez fréquemment, à côté de la fissure. D'autre part, on ne peut nier que chez les individus affectés d'hémorroïdes, il ne se produise volontiers des fissures entre les tumeurs hémorroïdaires. Enfin, une lésion directe de l'anus dans des manœuvres d'onanisme, de pédérastie, etc., peut également donner lieu à des fissures.

Pour terminer, nous ferons remarquer que, **chez les enfants**, la fissure anale ne nous paraît pas être aussi rare qu'on l'admet généralement. D'après notre expérience personnelle, la constipation opiniâtre dont souffrent certains enfants, est due assez souvent à des fissures de ce genre. Les petits malades retiennent leurs selles le plus longtemps possible, à cause des douleurs dont s'accompagne l'acte de la défécation. Chez eux, les contractions spasmodiques du sphincter ne sont pas d'aussi longue durée que chez l'adulte.

BOYER qui a décrit le premier le ténésme et les fissures de l'anus, avait émis l'opinion, encore admise de nos jours par quelques chirurgiens, que la fissure est la conséquence de contractions spasmodiques du sphincter. Si l'on s'en rapporte à notre description, il n'en est certainement pas ainsi, mais on doit bien admettre la possibilité d'un ténésme sans fissure, ce qu'on observe, sans doute, principalement chez les personnes très nerveuses, hystériques. Les affections de la vessie s'accompagnent aussi parfois d'une contraction réflexe du sphincter anal, mais les symptômes ne sont pas alors aussi prononcés que dans les cas de fissure. Pour ma part, même chez les personnes hystériques que j'ai examinées avec l'aide du chloroforme, je n'ai jamais observé un seul cas de ténésme qui ne fût expliqué par l'existence d'une fissure anale.

§ 169. — Les fissures anales ne sont pas toujours accompagnées des phénomènes spasmodiques décrits plus haut. Les fissures de ce genre, comme aussi celles qui ne produisent qu'un léger degré de ténésme, sont assez souvent justiciables d'un traitement médicamenteux. On a soin d'abord de rendre les selles molles par de légers laxatifs, puis on essaye de guérir la petite ulcération en la touchant une fois avec un crayon pointu de nitrate d'argent. Nous ne conseillons pas de répéter ces cautérisations, car elles sont très douloureuses, et le plus souvent, si elles n'amènent pas une amélioration immédiate, on peut en conclure

qu'elles ne sont d'aucune utilité. On peut également se servir de pomades que l'on applique plusieurs fois par jour sur la fissure, soit à l'aide du doigt, soit au moyen d'une petite seringue munie d'une grosse canule (onguent au précipité blanc ou à l'acétate de plomb, etc.). En même temps, pour donner à ce traitement plus d'efficacité, on prescrira des bains froids ou tièdes et des lavages de la région anale, surtout à la suite de chaque évacuation alvine. Mais on ne devra pas persister trop longtemps dans l'emploi de ces moyens, car le procédé opératoire qui permet d'obtenir la guérison dans la plupart des cas, est presque entièrement dépourvu de danger. Il consiste à **inciser le fond de l'ulcération**, c'est-à-dire les restes de muqueuse et la couche la plus superficielle du sphincter; cette petite opération produit une détente de la muqueuse, les bords de la petite plaie subissent une rétraction; il en résulte que les terminaisons nerveuses ne se trouvent plus à nu dans le fond tendu de l'ulcération. Pour pratiquer l'incision, on aura soin, en général, de soumettre le malade à l'action du chloroforme. Les fesses sont maintenues écartées, et un aide introduit deux doigts en crochet dans l'anus¹), afin de tendre la muqueuse et de rendre l'ulcération accessible au bistouri. Enfin, on pratique l'incision à l'aide d'un bistouri boutonné ou d'un bistouri pointu à lame étroite que l'on introduit sous la direction du doigt.

Dans certains cas très rebelles, la simple incision ne suffit pas; on est alors obligé d'inciser à la fois la muqueuse anale et les sphincters (BOYER); il n'est pas nécessaire de pratiquer l'incision au niveau de la fissure elle-même: le point important, c'est la section des deux sphincters. Cette opération est naturellement plus dangereuse que la précédente, soit au point de vue de l'hémorragie, soit à cause des maladies consécutives, surtout dans les hôpitaux infectés et chez les malades qui présentent une dilatation des vaisseaux de la région anale. C'est là, sans doute, ce qui a engagé les chirurgiens français à chercher d'autres procédés opératoires. Ainsi furent inventées, d'une part, la méthode de la section sous-cutanée des sphincters, et d'autre part, celle de la rupture violente de ces muscles; la première de ces deux opérations est peu sûre et doit être complètement rejetée. Quant à la rupture des sphincters, elle a été conseillée en France, d'abord par RÉCAMIER, et dernièrement elle a été souvent pratiquée par MAISONNEUVE, GUYON, etc. Le malade étant chloroformé, le chirurgien introduit dans l'anus les deux pouces ou les deux index recourbés en crochet, et les écarte vigoureusement jusqu'à produire une déchirure de l'ulcération et des sphincters. L'incontinence des matières fécales, à la suite de cette opération, comme d'ailleurs aussi à la suite de l'incision, dure tout au plus quelques jours.

SIMON a démontré que les fissures très rebelles à ces procédés opéra-

1. On peut se servir dans le même but d'un spéculum.

toires, et qui siègent dans un tissu induré, guérissent parfois par l'excision de ce dernier.

Avant de pratiquer ces opérations, il est bon de faire jeûner les malades quelques jours, et de leur administrer des laxatifs, afin qu'on puisse ensuite provoquer la constipation, pendant quelques jours aussi, au moyen de l'opium. Avant l'opération, toute la région anale sera lavée avec de l'eau et du savon, puis arrosée d'une solution phéniquée. Après l'opération, on frotte la plaie avec un peu d'iodoforme, ou bien on y introduit un petit tampon de gaze iodoformée.

Processus inflammatoires du voisinage du rectum. Abscès périproctique. Fistule anale.

§ 170. — Les **abcès** qui se développent dans le tissu sous-cutané du voisinage de l'anus, de même que les **turoncles** nés dans cette région, ne présentent rien de particulier. Leur contenu perfore peu à peu la peau pour se déverser au dehors. Par contre, dans les suppurations situées plus profondément, grâce à la disposition anatomique des aponévroses et du muscle releveur de l'anus, le pus décolle les tissus et se fait jour à l'extérieur dans des directions bien déterminées. Ce fait a de l'importance, parce qu'il nous rend compte de la situation des abcès en question et de certains processus consécutifs, c'est-à-dire de la formation des fistules anales.

En effet, la plupart des abcès développés dans cette région, et qui ne proviennent pas de parties plus élevées du bassin ou de la colonne vertébrale, occupent l'espace limité en haut par le muscle releveur de l'anus. On sait que ce muscle vient s'insérer en forme d'entonnoir à l'extrémité inférieure du rectum, au niveau de la région supérieure du sphincter, et que, entre ses parois externes, d'une part, et les ischions de l'autre, il existe un espace entourant l'anus et la portion anale de l'intestin, espace rempli d'un tissu adipeux abondant, et désigné sous le nom de fosse ischio-rectale. Les processus inflammatoires peuvent s'y propager très librement, mais en haut, ils sont arrêtés dans leur extension, par le releveur de l'anus et l'aponévrose qui le recouvre, tandis qu'en bas, le feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale offre une résistance qui sera vaincue plus tard; le pus viendra alors former un abcès sous-cutané qui se fera jour au dehors à travers la peau. En dedans, la région de l'insertion du muscle releveur est évidemment celle qui offre le moins de résistance; aussi l'abcès s'ouvre-t-il de préférence dans la partie du rectum située immédiatement au-dessus du sphincter externe. Les abcès de la prostate et de l'urètre peuvent également s'étendre à la fosse ischio-rectale.

Les abcès situés au-dessus du muscle releveur de l'anus, sont beau-

coup plus rares, et, le plus souvent, ce sont des abcès par congestion. Cependant, on y observe aussi des abcès stercoraux par perforation d'ulcérations situées plus haut dans le rectum et survenues principalement à la suite de processus syphilitiques. Ces abcès descendent ordinairement le long du tissu conjonctif lâche qui entoure directement l'intestin, et perforent le releveur au niveau de son insertion sur le rectum.

Les **abcès périproctiques de la fosse ischio-rectale** ne donnent lieu parfois, au début, qu'à des symptômes assez obscurs, car ils se développent surtout dans la direction de l'intestin. Le doigt introduit dans l'anus, reconnaît alors l'existence d'une tuméfaction située immédiatement au-dessus de l'orifice anal dans la région des sphincters. Parfois l'abcès, avant de s'ouvrir dans le rectum, contourne complètement la partie la plus inférieure de ce dernier, décolle la peau et sépare l'intestin circulairement du tissu conjonctif périproctique (abcès disséquants).

La cause de la fréquence relative, dans le voisinage du rectum, de processus inflammatoires conduisant à la suppuration, doit être cherchée essentiellement dans la présence, à l'intérieur de l'intestin, d'agents d'inflammation et de putréfaction. Parfois, ces derniers agissent sur le tissu périproctique par la voie la plus directe, lorsqu'une ulcération de nature syphilitique, tuberculeuse ou diphtéritique vient à perforer les parois du rectum, et que des matières fécales pénètrent directement dans le tissu conjonctif voisin. Les corps étrangers restés accrochés dans les replis profonds de la muqueuse, peuvent également ouvrir une voie aux ferments de putréfaction. La grande richesse de la région en vaisseaux sanguins et lymphatiques, favorise encore d'une autre manière le développement de foyers de suppuration. Ainsi, lorsqu'à la suite d'un traumatisme, il se fait un épanchement sanguin dans le creux ischio-rectal, les vaisseaux transportent dans ce dernier les agents inflammatoires, et ceux-ci, à leur tour, provoquent facilement la désagrégation des thrombus, qui, assez souvent, se développent dans le riche plexus veineux hémorroïdal.

§ 171. — On rencontre dans le tissu périproctique des abcès qui évoluent d'une façon tout à fait **chronique**, sans incommoder d'une façon notable l'individu qui en est affecté. C'est surtout **chez les tuberculeux**, que l'on observe ainsi l'absence presque complète des symptômes de suppuration. Par contre, dans d'autres cas, le développement des abcès périproctiques s'accompagne de phénomènes très graves, et, le plus souvent, l'étendue de la suppuration et de la destruction des tissus, sont en raison directe de l'intensité des symptômes observés. Le pus évacué présente assez souvent une odeur fortement stercorale, sans que l'on puisse toujours en conclure, dans tous les cas, à une perforation de l'intestin; en effet, les corps gazeux peuvent facilement pénétrer par diffusion de l'intérieur du rectum dans le foyer purulent, à travers les parois de l'intestin.