

filles de 10 ans, sujette aux hémorragies depuis l'âge de 2 ans. Ces hémorragies s'étaient présentées d'abord par intervalle d'un an, puis étaient devenues plus fréquentes et mensuelles. La quantité de sang variait d'une cuillère à thé à une tasse à thé. En l'examinant avec le spéculum, on trouve un nævus entourant presque tout l'intestin, tout contre le bord de l'anus et atteignant à 1 pouce 1/2 du rectum. Traitément avec le cautère de Dupuytren. L'enfant fut très soulagée de ses hémorragies, mais non guérie. On eût pu prendre ce nævus pour un rétrécissement¹. »

III. — KYSTES DERMŌIDES.

On connaît quelques observations de kystes dermoïdes du rectum, mais ces observations sont encore en nombre trop restreint pour qu'on puisse en écrire l'histoire.

Nous nous bornons donc à résumer les deux observations les plus connues.

*Observation de Port*¹ (1880). — Il s'agit d'un kyste dermoïde qui, depuis 3 mois, occasionnait des troubles de la défécation. La tumeur sortait de l'anus à chaque selle et ne pouvait qu'à grand-peine être réduite, une fois la défécation achevée. Elle s'implantait sur la ligne médiane postérieure par deux courts pédicules, insérés à trois travers de doigt de l'anus. On pratiqua son ablation quand elle commença à se sphaceler. On trouva sur la pièce de la peau, des poils, des glandes sébacées, de l'os et même une dent qui présentait les caractères d'une canine.

Observation de Clutton (1885). — Une fillette de 8 à 9 ans fut prise subitement de douleurs, de diarrhée, de rectorrhagies, de frissons et de fièvre. Quelque temps après, elle élimine un paquet de poils, et un peu plus tard, la tumeur fait saillie à l'anus. L'enfant fut examinée en 1885 par Floyer qui constata dans le rectum une tumeur polypiforme, qu'on pouvait sentir en palpant la fosse iliaque. La tumeur était implantée par un double pédicule, à l'union du rectum et de l'anse sigmoïde. Elle fut enlevée par l'anus, après ligature de son pédicule. Elle présentait une enveloppe tégumentaire, recouverte de poils.

⁽¹⁾ *Mansch. Med. surg. Society.*

⁽²⁾ *Transact. of the path. Soc., t. XXXI, p. 507.*

X

FISSURE A L'ANUS

PAR G. FÉLIZET,

Chirurgien de l'hôpital Bretonneau,

ET ALBERT BRANCA,

Agrégé à la Faculté de médecine.

Historique. — Boyer, qui étudia le premier la fissure anale (1818), emprunta tous les éléments de sa description à la fissure de l'adulte. Velpeau¹ n'avait jamais vu la fissure chez l'enfant et il s'étonne d'avoir pu l'observer chez un malade de 21 ans et chez un autre de 18. Gosselin nous dit que la « fissure à l'anus est rare chez l'enfant », et Bouchut ne lui consacre que quelques lignes dans son *Traité de pathologie infantile*.

C'est à Duclos qu'on doit le premier travail sur la « gerçure à l'anus » de l'enfant (1846). A sa suite, Gautier (1865), Aubry (1865), Mabboux (1876) ont étudié, « non sans quelque confusion » (Peyrot), la fissure des nouveau-nés, et il faut en venir au livre d'Allingham, à la Chirurgie du Rectum de Quénu et Hartmann pour trouver, résumé en quelques phrases, ce que nous savons de plus précis sur la question qui nous occupe.

Définition. — Pour l'anatomo-pathologiste, la gerçure de Boyer, l'ulcère irritable des auteurs anglais est une ulcération traumatique, superficielle, déterminée et entretenue par les micro-organismes qui sont les hôtes habituels du rectum. Pour le clinicien, c'est un syndrome que caractérise l'association de trois éléments : l'ulcération fissuraire, la contracture et la douleur. C'est un syndrome, nous le répétons avec intention, ce n'est pas une entité morbide : aussi conçoit-on que des lésions de nature et de siège bien différents puissent déterminer son apparition.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de l'affection se réduit à l'étude de la fissure. Cette fissure, examinée en place, sur le malade, est étroite et allongée. Elle ne doit cette forme qu'à un phénomène d'adaptation dont les plis radiés de l'anus sont les agents. Elle siège souvent en arrière, sur la ligne médiane, au-devant du coccyx ; elle intéresse la peau et la muqueuse ; elle est, d'ordinaire, intra-sphinctérienne.

Quand on a excisé une fissure, nous dit Quénu, on constate qu'elle est d'ordinaire de forme arrondie. La coupe histologique qu'on y pratique peut nous montrer successivement, « en partant de la surface de l'ulcère, une couche de cellules rondes, granuleuses, d'une épaisseur inégale, manquant même par places ; une couche de faisceaux fibreux parsemés de cellules rondes et fusiformes, granuleuses, et traversée par des vaisseaux... paral-

⁽¹⁾ *Dictionnaire en 25 volumes.*

lèles à la surface; une couche de faisceaux musculaires à fibres lisses, séparés les uns des autres par du tissu fibreux; enfin, une couche cellulo-adipeuse où se rencontrent des vaisseaux artériels et veineux à plusieurs tuniques et un faisceau nerveux primitif¹. Quénu, qui a fait porter ses études sur des fissures d'hémorroïdaires adultes, a constaté, de plus, des lésions variqueuses des veines et parfois des lésions des nerfs, qui consistent en inflammations péri et intra-fasciculaires. Nous n'avons pas connaissance que pareil examen histologique ait été pratiqué sur les fissures de l'enfant, mais chez lui les hémorroïdes et les névrites sont si exceptionnelles qu'on n'est pas en droit de conclure, *a priori*, à l'identité des lésions.

Physiologie pathologique. — Hilton a donné un schéma qui fait bien comprendre la physiologie pathologique de l'affection. Une irritation portet-elle sur la fissure? elle met en jeu les terminaisons des nerfs sensitifs; c'est là l'origine du réflexe qui gagne la moelle et revient à son point de départ sous forme de contracture musculaire, intéressant le releveur et le sphincter anal. L'hypothèse de l'auteur anglais est des plus simples. Elle est, en tout cas, trop simple pour être complète; si elle explique bien les faits où les modifications du nerf sont d'ordre fonctionnel, elle ne rend pas compte des observations où les nerfs sont enflammés, où la névrite entre en jeu.

Étiologie. — La fissure à l'anus a été étudiée chez des enfants de 8 mois et d'un an par Duclos, et par Aubry chez des enfants de 5, 11, 12 et 16 mois. Gautier l'a même vue chez une petite fille de 5 semaines. Mais pour être certaine, l'affection n'en est pas moins assez rare chez l'enfant: Demarquay, dans une statistique qui porte sur 42 observations, ne trouve pas de malade au-dessous de 14 ans, et ne note que 5 fissures chez des sujets de 14 à 20 ans. Tout au contraire, Abelain écrit: « Les fissures à l'anus se présentent chez les jeunes enfants et même chez les nouveau-nés, tout aussi bien que chez les individus plus avancés en âge ». (Hygiea, Bd XXIV, p. 28, 1862).

Pour expliquer l'apparition des fissures, Sarremone invoqua, comme cause prédisposante, l'étranglement congénital de l'anus, mais Kjellberg, de Stockholm, a fait justice de cette opinion². Ancelon plaide la thèse du lymphatisme. Ce sont là causes de second ordre: il n'en est plus de même de la constipation. Elle joue certainement le rôle capital dans la genèse de l'affection; les tout petits qui digèrent bien y sont très sujets, car le lait qu'on leur donne, à l'exclusion de tout autre aliment, ne laisse pas ces résidus abondants qui sont la « sauvegarde » contre la constipation. De plus, le tégument de l'enfant, en raison de sa délicatesse, n'en est que plus exposé aux traumatismes et aux infections (vaginite). Un polype, un corps étranger, un prolapsus, par un mécanisme ou par un autre, auront les mêmes effets que la constipation; ils détermineront aussi une ulcération intra-sphinctérienne. La cause de la fissure peut varier comme peut varier son siège.

Symptômes. — « Toutes les fois qu'un enfant nouveau-né ne va pas chaque jour à la garde-robe, on peut être à peu près certain de trouver à l'examen une ou plusieurs gerçures de la marge de l'anus, une constriction

⁽¹⁾ *Chirurgie du rectum*, t. I, p. 422.

⁽²⁾ ADOLF KJELLBERG. *Nord med. Arch.*, n° 26, 1877.

plus ou moins énergique du sphincter, et, au-dessus de l'orifice, des matières dures qui n'attendent que le moment où l'obstacle sera levé pour faire issue au dehors. » (Gautier.) En somme, le phénomène initial, capable d'attirer l'attention du médecin, c'est la modification dans la nature des selles; chez les tout petits, au lieu d'être jaunes, molles, presque liquides, au lieu de justifier la comparaison classique de la « moutarde anglaise », les matières apparaissent sous forme de boules volumineuses, dures, qui font du bruit en tombant dans le vase. Du jour où le sang va s'écouler à la suite du bol fécal, l'ulcération s'est constituée.

La douleur qui, en clinique, a le pas sur tous les autres symptômes, se montre à des moments variables de l'acte expulsif. Elle peut précéder la défécation; elle est la cause de l'agitation, de la tristesse, de l'inquiétude que manifestent alors certains petits malades. Au moment où le bol fécal franchit le défilé sphinctérien, il est de règle de voir l'enfant se mettre à pleurer; « il s'agite, se refuse à pousser, puis, tout d'un coup, jette des cris perçants: le bol fécal est rejeté. On remarque en même temps quelques gouttes de sang sur le linge » qui sert à essuyer l'enfant. Cette hémorragie est constante ou à peu près; toute douleur peut cesser avec son apparition; dans quelques cas, cette douleur demande encore quelques instants¹ pour se calmer.

Les auteurs donnent peu de détails sur la contracture; il semble bien que la défécation seule puisse la susciter².

Cette contracture est beaucoup moins fréquente que chez les adultes (Amneus)³. Elle intéresse le sphincter externe, et plus souvent encore le sphincter interne. Elle est aisément reconnaissable au toucher. Kjellberg l'a vue exister depuis la naissance chez un bébé de 5 semaines et chez un enfant de 2 mois. Cet auteur ajoute que la contracture est fréquente dans les deux sexes, surtout dans les 4 premiers mois de la première année. A partir d'un an, ce serait surtout chez les fillettes qu'on l'observe.

Rien n'est variable comme les phénomènes généraux qu'on peut constater chez l'enfant. Tantôt la fissure n'altère en rien son état général. Il reste gai, doux, tranquille, et, n'était l'agitation extrême et la méchante humeur où le met chaque garde-robe, on le croirait en état de santé florissante. D'autres fois, le petit malade devient grognon, méchant; il dort mal; il se retient souvent pour éviter d'aller sur le vase, et c'est surtout quand il reste plusieurs jours sans avoir de selle qu'on constate l'aggravation de son état; mais vienne la garde-robe « libératrice », les phénomènes généraux s'améliorent en un instant, le sommeil est recouvré. Enfin nous relevons dans un certain nombre d'observations des troubles de la miction (rétention, incontinence), la pâleur des téguments, l'amaigrissement, les vomissements, la fièvre, les attaques convulsives⁴.

⁽¹⁾ Un quart d'heure chez un enfant que nous avons observé.

⁽²⁾ On la constate en pressant doucement sur le bord inférieur du sphincter qui durcit et fait relief aussitôt.

⁽³⁾ *Upsala Lakareforen. Förhandl.*, 1872, Bd VII, p. 751.

⁽⁴⁾ On sait avec quelle facilité l'enfant « fait » de la température et entre en état de convulsion. Dans le cas spécial qui nous occupe, les auteurs de la *Chirurgie du rectum* font jouer un rôle capital à l'auto-intoxication, à la stercorémie.

Évolution. Pronostic. — Il ressort du tableau que nous avons tracé que la fissure de l'enfant est assez bénigne. Elle revêt surtout le type de la fissure tolérable, et l'évolution du syndrome est des plus simples, d'ordinaire. Dans les cas légers, qui semblent la règle chez l'enfant, quelques soins de propreté et d'hygiène alimentaire suffisent à provoquer rapidement un processus cicatriciel. Mais parfois, malgré cette thérapeutique palliative, l'affection se prolonge. Elle est d'ailleurs sujette, chez l'enfant comme chez l'adulte, à des récidives qui peuvent se produire un ou deux mois après la guérison réelle ou supposée de la fissure.

Retenons ce fait que la constipation peut demeurer après la guérison de la fissure. Ce fut le cas chez une petite malade de Quénu, âgée de 10 mois. Pendant toute l'année qui suivit sa guérison, il fallut recourir au lavement quotidien pour assurer la liberté du ventre : le baby avait pris l'habitude de se refuser à pousser, depuis le jour où la fissure avait rendu douloureux les efforts nécessaires à l'émonction.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fissure est autrement difficile chez l'enfant qu'il ne l'est à un âge plus avancé. L'adulte qui ne tarit pas sur les douleurs qui suivent sa défécation est presque à coup sûr un fissuré; les renseignements que nous avons à attendre de l'enfant ou de ses parents sont trop infidèles pour nous dispenser d'examiner l'anus avec soin.

Le malade est placé dans le décubitus latéral; nos deux mains immobilisent son bassin, tandis qu'un aide se rend maître des membres inférieurs en fixant les genoux. Alors les pouces écartent doucement les fesses; l'enfant résiste et s'agite; ne le brusquons pas: contentons-nous de le laisser par notre patience, et de le tromper par la lenteur douce de l'exploration. Le sillon interfessier est écarté; les pouces, peu à peu, gagnent du terrain, se rapprochent l'un de l'autre; ils arrivent à l'anus.

Le bout du doigt, qui se promène alors au pourtour de l'orifice, ne manque pas d'atteindre la zone fissuraire; il sent le sphincter se durcir et se gonfler sous la peau, en même temps que l'enfant pousse un cri, contracte les fesses et tente un mouvement de retrait.

En dépliant l'anus en son point douloureux, on découvre l'ulcération, cachée au fond d'un pli rayonné; elle est souvent médiane et répond à la commissure postérieure; elle est unique, mais serait multiple (Axenfeld) plus fréquemment encore chez les enfants à la mamelle. Elle apparaît sous la forme d'une perte de substance, courte et superficielle, dont les bords sont rouges, et dont le fond sec et gris saigne au moindre contact. Une telle constatation suffit à notre diagnostic; le toucher rectal, qui montre la contracture et met sur la voie de la lésion causale, n'est souvent de mise que sous le chloroforme.

L'enfant constipé, qui souffre et qui saigne lors des garde-robes, qui présente une ulcération de l'anus, a-t-il une fissure? Tant qu'on n'a pas vu l'ulcération¹, on s'expose à de grossières erreurs de diagnostic. On incrimine² la névralgie anale, la coccydinie; à maintes reprises, les phénomènes

⁽¹⁾ Parce qu'on ne l'a pas cherchée ou parce qu'on ne sait pas la chercher.
⁽²⁾ Et aussi la constipation, la colite, le calcul vésical, les hémorroïdes.

généraux ont tellement dérouté le médecin qu'ils ont fait poser le diagnostic de méningite à son début.

Mais on a vu l'ulcération¹: l'eczéma, l'herpès, les syphilides ne nous embarrasseront pas; ces lésions siègent au niveau de l'anus et non dans le conduit anal; elles ne s'accompagnent pas du syndrome complet de la fissure. Elles sont cependant fort douloureuses parfois; un jeune collégien, dont parle Mollière, « s'étant rasé le pourtour de l'anus par manière de distraction, fut pendant plusieurs jours tourmenté par d'atroces souffrances », bien capables de tromper le clinicien non prévenu. Il faut s'assurer maintenant que l'ulcération qu'on a sous les yeux n'est pas due à une lésion spécifique (blennorrhagie, tuberculose, syphilis, chancre) et bien retenir qu'un syphilitique peut être porteur d'une fissure banale.

Enfin, on devra s'enquérir des causes de la fissure, afin d'y porter remède. Ces causes sont nombreuses; la constipation et le prolapsus sont parmi les plus fréquentes; on n'est renseigné, sur quelques-unes d'entre elles, qu'au moment de l'intervention: le doigt qui pratique la dilatation tombe sur un polype ou sur un corps étranger.

Traitement. — Les moyens thérapeutiques dont nous disposons sont de deux ordres: il y a un traitement médical et il y a un traitement chirurgical de la fissure à l'anus; l'un est avant tout palliatif; l'autre comporte un certain nombre de procédés curatifs.

A) Traitement médical. — Le traitement médical suffit souvent, chez l'enfant tout au moins, à amener une guérison durable, à condition de remplir trois indications principales.

1° Il faut se rendre maître de la constipation, cause habituelle de la fissure, à l'aide d'une hygiène alimentaire bien entendue, employée concurremment avec les laxatifs. 2° On s'efforcera d'obtenir l'indolence de la défécation. On prescrira des suppositoires, à base de cocaïne ou d'extrait de belladone, qu'on devra introduire dans le conduit anal, dans les instants qui précèdent la selle. Cette pratique, d'ailleurs, ne saurait être mise en œuvre chez les tout petits. 3° Enfin, on fera usage d'agents médicamenteux capables de venir en aide aux processus cicatriciels. Le monésia et le ratanhia², sous forme de pommade ou de lavements, l'azotate d'argent en attouchements³, l'eau boriquée, la solution de chloral ou de sulfate de cuivre en lotions quotidiennes ont donné de bons résultats.

B) Traitement chirurgical. — C'est quand le traitement palliatif n'a pas été suivi de succès qu'il faut en venir au traitement curatif. Trois méthodes en font les frais: l'incision, l'excision, la dilatation.

1° *Incision.* — L'incision, préconisée par Boyer, a la faveur des chirurgiens d'outre-Manche. Ils ne connaissent et n'emploient guère que ce procédé chirurgical, si délaissé de nos compatriotes. Ils font leur incision au niveau ou en dehors de la fissure. L'incision est superficielle: elle entame la muqueuse seule (Dupuytren, Copeland) et parfois aussi les fibres superfi-

⁽¹⁾ Le syndrome fonctionnel de la fissure peut se trouver réalisé à la suite de toute lésion de voisinage (calculs de la vessie, polype rectal).

⁽²⁾ 2 grammes d'extrait de ratanhia dans 150 grammes d'eau pour lavements.

⁽³⁾ Un attouchement tous les 2 jours.

cielles du sphincter (Curling). Elle peut être profonde, et alors on a le choix entre la section sous-muqueuse du sphincter (J. Guérin, Blandin, Demarquay) à l'aide du ténotome et la large section à ciel ouvert que pratiquait Boyer. « Je divise d'un seul coup les membranes intestinales, le sphincter, le tissu cellulaire et les téguments. Je forme ainsi une plaie triangulaire dont le sommet est à l'intestin et la base à la peau¹. » Nous nous contentons de rappeler que les hémorragies, les inflammations graves de l'espace ischio-anal, l'incontinence des matières, la lenteur de la guérison sont fréquentes avec une pareille intervention.

2° *L'excision* a « toujours réussi » dans les mains de Jobert; Sédillot la condamne, pourtant, d'une manière absolue et Chassaigne écrit : « Rien de plus inintelligent que ce procédé qui se rapporte à ce que l'on peut appeler la chirurgie de symptômes et qui, laissant la proie pour l'ombre, s'adresse à un seul des éléments de la maladie et précisément au moins important de tous ». De nos jours, l'excision est rentrée en faveur, et nous la réservons en France aux cas où la dilatation n'amène pas la guérison. On la fait suivre d'une réunion immédiate.

3° *Dilatation*. — Mais la méthode de la dilatation, en raison de sa simplicité, de ses résultats excellents et rapides, a mérité de devenir notre méthode de choix. Elle fut instituée par Récamier, qui, d'ailleurs, ne l'employa tout d'abord que pour faciliter les cautérisations au nitrate d'argent qu'il pratiquait sur l'ulcération. C'est à Maisonneuve qu'on doit la technique actuelle de la dilatation².

La veille de l'intervention, le petit malade a pris un lavement, s'il est possible. Puis il est anesthésié au chloroforme ou à l'éther. L'index ou le pouce, muni de vaseline, pénètre dans le rectum; il y reste immobile en explorant la sensibilité réflexe de l'organe; l'autre pouce est alors introduit. Les deux doigts ne vont agir qu'au moment où la narcose sera complète : c'est le secret pour éviter les accidents chloroformiques qu'on a vus survenir parfois dans les interventions sur le rectum.

L'enfant est en résolution : aussitôt les pouces se mettent dos à dos et s'écartent l'un de l'autre en sens contraire. Ils doivent déployer un effort graduel, énergique, sans violence ni brusquerie. Ils déterminent bientôt un craquement « qui terrifie l'opérateur novice, mais qui enchante l'opérateur expérimenté ». Le résultat cherché est obtenu avec une perte de sang insignifiante.

Les suites opératoires sont des plus simples; une pilule d'opium est administrée, qui retarde la première selle jusqu'au surlendemain; l'enfant ne se plaint pas ou se plaint à peine dans les quelques heures qui suivent l'intervention. Deux jours après, il peut se lever et courir à sa guise, car la guérison est rapide et la plaie qu'occasionne l'opération se ferme vite, en l'absence même de tout pansement. C'est pourtant une excellente précau-

⁽¹⁾ BOYER.

⁽²⁾ C'est pour nous conformer à l'usage que nous conservons le terme de dilatation. En réalité, il s'agit de distension, c'est-à-dire de l'augmentation momentanée des dimensions du rectum; la dilatation implique l'idée de persistance. Les médecins distinguent de même distension et dilatation de l'estomac.

tion de pratiquer chaque jour un lavage de l'anus et d'appliquer sur la petite plaie une trace de vaseline iodoformée.

La lésion qui a provoqué la fissure doit être traitée par des moyens appropriés : le polype est enlevé, le prolapsus réduit ou excisé, etc.

Il nous reste à préciser les effets locaux et le mode d'action de la dilatation. Récamier faisait intervenir le massage des muscles contracturés. Quénu¹ a repris la question. En expérimentant sur des chiens, il a constaté, après la distension de l'anus, l'absence de toute lésion musculaire, de toute infiltration sanguine. La musculature anale a conservé toutes ses propriétés physiologiques. L'auteur a donc cherché les causes de cette paralysie momentanée du sphincter d'où résultent « la béance de l'anus et l'éversion » momentanée de la muqueuse. Il pense qu'il y a là une « atonie réflexe » due à un phénomène d'inhibition portant sur le centre ano-spinal et que provoque l'irritation des nerfs sensitifs. Tels sont les résultats de la distension sur un anus indemne de lésions.

On est réduit à des conjectures sur les modifications que peut apporter la même intervention sur un anus fissuraire. On sait seulement que la fissure peut se déchirer, que l'hyperesthésie de voisinage diminue ou disparaît et on suppose que la distension libère les filets nerveux malades ou englobés dans un tissu de granulation.

BIBLIOGRAPHIE

- Traité généraux. — *Dictionnaires* (JACCOUD, DECHAMBRE). — *Traité* FOLLIN et DUPLAY. — POULET et BOUSQUET. — DUPLAY et RECLUS (article de POTHERAT).
 Traité spéciaux. — MOLLIERE, 1877. — CURLING, 1885. — ALLINGHAM. — BALL, 1887. — QUÉNU et HARTMANN, 1895.
 Thèses. — GAUTIER (Genève, 1865). — AUBRY, PARIS, 1865. — DUCAMP, PARIS, 1876.
 Mémoires divers. — BOYER. *Journal compl. des sc. méd.*, t. II, 1818. — DUCLOS. *Journ. méd.*, 1836, t. IV, p. 106. — PAYAN. *Journ. méd. de chir. et de pharm. de Bruxelles*. — ANCELON. *Gaz. des hôp.*, 1855, p. 606. — MABBOUX. *Union méd.*, 1876. — DUPLAY. *Gaz. des hôp.*, 1891, p. 445. — QUÉNU. *Revue de chirurgie*, 1895 et *Gaz. méd.*, 15 janvier 1895.

⁽¹⁾ *Gaz. méd.*, 15 janvier 1895.