

soins de propreté, quelques applications de poudres inertes, ou de légers astringents suffisent pour en débarrasser le malade. On s'est servi et l'on se sert encore de corps gras pour remédier à cet accident, leur usage doit être abandonné, car leur rancissement ne peut que devenir une cause adjuvante à l'irritation.

Les glandes sébacées qui existent dans la peau de l'anus peuvent s'enflammer et donner naissance à de petits abcès indurés, aplatis en raison de la pression réciproque qu'exercent les deux fesses, *abcès tubéreux* qui comme toutes les inflammations des glandes sébacées passent tantôt rapidement, tantôt lentement à la suppuration. Chez la femme le sang menstruel, les liquides qui par suite d'une irritation de la muqueuse du vagin, irritation due à des défauts de propreté, à des coïts trop répétés, à l'introduction, par lubricité, de corps étrangers, s'écoulent par la vulve, gagnent le pli inter-fessier et déterminent ainsi des abcès tubéreux par inflammation des glandes sébacées irritées. On comprend dès lors comment il peut se faire de véritables poussées d'abcès tubéreux et comment on en a signalé dont l'apparition coïncidait régulièrement avec l'époque menstruelle.

Ces abcès sont souvent très douloureux, surtout au moment de la défécation, la douleur réagit par réflexe sur le sphincter qui se contracte spasmodiquement et produit la crampe anale, connue sous le nom de *ténésme*. D'ordinaire au bout de quelques jours l'abcès rougit, s'acumine et s'ouvre, le pus s'écoule, un petit bourbillon est éliminé et la cavité se remplit par bourgeonnement. Chez les sujets affaiblis, chez les sujets atteints de scrofule, de tuberculisation locale, la cavité de l'abcès peut ne pas se combler aussi naturellement et l'on voit de petites fistules persister, c'est à l'extirpation qu'il faudra alors s'adresser pour débarrasser le malade d'une affection gênante, qui, par sa malpropreté, devient une infirmité.

Les traumatismes, les corps étrangers arrêtés au niveau de l'ouverture anale, les hémorroïdes enflammées peuvent déterminer la formation d'abcès qui ont leur siège non plus dans la peau et ses annexes, mais dans le tissu connectif sous-cutané. Ce sont les *abcès de la marge de l'anus*, que peuvent produire encore les hémorroïdes enflammées et thrombosées. Ces abcès sont fort douloureux et la douleur par voie réflexe détermine la contracture spasmodique de l'anus, la constipation par conséquent; le moindre attouchement est des plus douloureux, aussi le décubitus dorsal est-il presque impossible. La région rougit, se tuméfie, bientôt l'abcès fait saillie à l'extérieur et se vide, mais il peut arriver aussi que la résistance des plans superficiels étant trop forte, c'est dans le rectum qu'il s'ouvre et donne ainsi naissance à des fistules borgnes ou complètes. Le pus qui s'écoule est des plus fétides et contient des gaz.

Les abcès de la marge de l'anus peuvent aussi évoluer chroniquement

sans douleur appréciable jusqu'au moment de leur ouverture; je suis très disposé à admettre qu'en ce cas leur origine est reliée à des tubercules du tissu connectif sous-cutané.

Au moment où l'abcès de la marge n'est pas encore bien limité, alors surtout que la rougeur périphérique est diffuse, il n'est pas toujours facile d'y constater de la fluctuation, le toucher anal devient nécessaire. Mais la douleur et l'appréhension du malade forceront, s'il s'agit d'un abcès aigu, à recourir à l'anesthésie.

**Traitement.** — Jusqu'au moment où l'abcès est limité, où il fait saillie, où la suppuration est nettement reconnue, on se bornera à calmer les douleurs par des bains, des cataplasmes. Mais il importe de donner issue au pus le plus rapidement possible, afin d'éviter les décollements et les fistules consécutives.

*Phlegmons du triangle ischio-rectal.* — Les traumatismes, les corps étrangers, surtout ceux venus par le tube digestif, qui par leurs pointes (arêtes de poisson), par leur dureté (noyaux de fruits) ont ulcéré, perforé la paroi du rectum, et déterminé par suite la pénétration des matières fécales dans le tissu cellulo-adipeux; les hémorroïdes enflammées, les thromboses suite d'ulcérations dysentériques; les contusions violentes des parois du bassin pendant les efforts de l'accouchement, les applications des instruments obstétricaux; les tubercules du tissu connectif, les intoxications microbiennes de toute nature qui ont causé ou qui ont suivi les fièvres graves, peuvent d'autant plus facilement déterminer la suppuration du tissu cellulo-adipeux qui remplit le creux ischio-rectal, que ces causes quelles qu'elles soient agissent sur un organisme plus affaibli.

Dans quelques cas c'est le pus venu d'un foyer tuberculeux ayant son siège dans les os voisins qui devient cause irritative, en ce cas le contenu de l'abcès est à la fois ossifluent et développé sur place. D'autres fois encore, à la suite d'une fausse route faite par un cathéter urétral, à la suite d'une rupture de l'urètre, l'urine s'infiltré dans toutes les lames connectives périphériques; elle peut gagner ainsi le creux ischio-rectal et déterminer la mortification de tout le tissu cellulo-adipeux qu'il contient.

La peau de la région est doublée par des lames connectives condensées, des aponévroses, qui offrent une résistance d'autant plus grande à l'ouverture du phlegmon à l'extérieur que les tractus fibreux qui en partent, les relient à la face profonde du derme et forment ainsi une sorte de feutrage résistant. En dehors se trouve l'aponévrose qui recouvre l'obturateur interne, en haut le releveur et son aponévrose; mais au devant et en arrière du rectum, le tissu connectif se continue d'un côté à l'autre, l'inflammation peut donc se communiquer et les deux fosses ischio-rectales être envahies, le rectum est alors une véritable colonne isolée au milieu d'un lac de pus. Il peut se faire en outre

que le pus fuse le long des pertuis que les fibres aponévrotiques écartées livrent au passage des vaisseaux et des filets nerveux, et qu'il gagne ainsi le tissu connectif qui sépare la face supérieure du releveur d'avec le cul-de-sac du péritoine; il en résultera alors un phlegmon sous-péritonéal. D'autres fois le pus pourra de la même manière gagner le périnée antérieur, ou fuser par la grande échancrure sciatique et arriver à la fesse.

En raison de ce que nous venons de dire, le développement du phlegmon ischio-rectal est insidieux, la collection purulente ne peut en effet se manifester nettement au dehors à travers les parois, la région anale est gonflée, dure, avec une rougeur livide étendue, avec quelques phlyctènes gangréneuses, mais sans fluctuation manifeste. Les accidents généraux qui appartiennent à la formation de tout phlegmon, douleur sourde ou aiguë de la région, fièvre, anorexie, sont les seuls manifestes. Le gonflement du tissu cellulo-adipeux comprime le rectum, la douleur qu'éveille toute contraction du releveur et du plancher périnéal détermine la constipation et même l'impossibilité de la défécation. Par sa position ou par l'extension qu'il prend en avant, le phlegmon peut, en outre, soit directement soit indirectement par voie réflexe, agir sur les voies urinaires et déterminer la dysurie. Il est évident que tous les accidents généraux sont bien plus intenses et plus rapides quand il s'agit d'un phlegmon de nature septique et gangréneux, que lorsqu'il est simplement et franchement inflammatoire. Une fois la collection purulente bien formée, les accidents généraux diminuent comme toujours; le pus qui ne trouve pas d'issue finit par déterminer une inflammation des parois rectales, épaissies par l'irritation que leur a causée la présence du phlegmon qui les entoure, il les traverse en constituant une fistule borgne interne, ou bien il s'arrête au niveau de la muqueuse qu'il décolle sur une plus ou moins grande étendue en formant un abcès en bissac; dans ce dernier cas la difficulté de la défécation devient extrême en raison de la compression mécanique exercée par l'accumulation purulente.

Le pus qui s'écoule, soit qu'il ait trouvé une voie naturelle, soit que le chirurgien lui ait donné issue, est toujours fétide, il contient des gaz putrides, les lames connectives trabéculaires qui cloisonnent normalement la masse adipeuse de la fosse ischio-rectale sont sphacélées et s'éliminent en lambeaux. La difficulté que la forme même de la région oppose à l'accolement des parois empêche la cicatrisation, la suppuration continue donc abondante et persiste, elle épuise les malades, la réparation devient de plus en plus difficile, les phénomènes de dysurie, les difficultés de la défécation persistent, la fièvre continue et peut devenir hectique si en raison de la misère physiologique la pyohémie, toujours possible, survient. Alors même que cette terminaison fatale est évitée, les conséquences du phlegmon ischio-rectal sont toujours des plus gênantes, il en résulte des fistules permanentes, des rétrécisse-

ments cicatriciels, qui par l'adhérence des parois du rectum aux tissus inodulaires voisins produisent des incontinenances de matières fécales.

**Traitement.** — Pour éviter autant que possible les décollements, les accidents graves et les interminables suppurations qui en sont la suite, il est de toute évidence que le chirurgien doit intervenir le plus tôt possible et donner une large issue au pus. On incisera sur la partie la plus déclive, là où le gonflement diffus du plancher périnéal sera le plus apparent; on incisera couche par couche au bistouri ou au thermocautère. Dans le cas où le rectum sera dénudé, isolé au milieu du foyer, par suite de l'extension du phlegmon aux deux côtés latéraux, il faudra vider complètement ce foyer et l'on n'hésitera pas à débrider le sphincter par une incision que l'on fera porter jusque sur les parois rectales, sans trop redouter les accidents d'incontinence fécale ultérieurs. Les drains, les lavages antiseptiques seront de rigueur absolue jusqu'à guérison complète; malheureusement, la disposition des parties anatomiques fera traîner cette cicatrisation en longueur. Puis plus tard on traitera tous les accidents consécutifs par des opérations ultérieures, si elles sont indiquées.

*Phlegmons sous-péritonéaux de la région rectale.* — Entre le péritoine et le diaphragme pelvien constitué par le releveur de l'anus existe une nappe connective lâche, beaucoup plus considérable en arrière où le cul-de-sac recto-péritonéal postérieur descend moins bas. En avant, au contraire, le péritoine arrive dans le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme jusqu'à la soi-disant aponévrose prostato-péritonéale. Cette aponévrose n'est en réalité qu'une lame musculaire lisse irradiée du tissu de même nature qui constitue la trame, la gangue de la prostate; chez la femme une lame identique existe à ce niveau dans le cul-de-sac recto-vaginal et constitue les ligaments recto-utérins ou mieux recto-vaginaux. Dans ces culs-de-sac, entre cette lame musculaire lisse et le péritoine, existe une couche peu épaisse de tissu connectif lâche qui double la séreuse et lui permet de suivre les mouvements d'ampliation et de déplétion du rectum, de la vessie, du vagin et de l'utérus.

Tout ce tissu connectif peut s'enflammer et suppurer à la suite de traumatismes, surtout de traumatismes déterminés par les corps étrangers venus par le canal digestif, il peut en arriver de même quand des ulcérations de la partie inférieure du rectum ont détruit la paroi intestinale, ou encore après des thromboses veineuses, suites d'hémorroïdes.

Les affections inflammatoires de la prostate, celles du col vésical peuvent encore déterminer la production de foyers purulents dans le tissu connectif sous-péritonéal situé au devant du rectum et gagner ses côtés latéraux.

Le pus produit par la fonte tuberculeuse des ganglions péri-rectaux ou par la carie des os voisins peut fuser dans les mêmes couches connectives sous-péritonéales et déterminer des phlegmons qui, en rai-

son des rapports anatomiques, viendront s'ouvrir en arrière du rectum, et laisseront après leur ouverture une fistule bien difficile à guérir.

Tous ces phlegmons sous-péritonéaux peuvent rester circonscrits ou diffuser tout à l'entour du rectum, gagner tout le petit bassin, les fosses iliaques et remonter jusqu'au pourtour du rein. C'est en ce cas la *cellulite pelvienne* de Bouilly.

Lorsque le phlegmon reste circonscrit, la profondeur à laquelle il siège ne permet guère de s'assurer de sa présence que par le toucher anal qui est fort douloureux et nécessite souvent une anesthésie préalable. La défécation devient difficile, elle est suivie de douleurs vives très aiguës; la dysurie intervient à son tour soit par voie réflexe, soit par la compression qu'exerce la collection purulente. Toujours ces phlegmons sous-péritonéaux fuseront sur la face supérieure du releveur et tendront à gagner le plancher périnéal au pourtour de l'anus. Tantôt ils passeront à travers les fibres du releveur et feront alors saillie, au-dessous de lui à 3 ou 4 centimètres autour de l'anus, soit en arrière soit sur les côtés de cet orifice; d'autres fois, ils perforent les parois du rectum et se vident dans l'intestin à quelques centimètres au-dessus de l'anus, cette ouverture se fait soit directement dans le rectum, soit après un décollement de la muqueuse qui détermine un abcès en bissac. Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, que le phlegmon soit ouvert au pourtour de l'anus ou dans l'intérieur du rectum, toujours il en résulte une fistule, souvent persistante.

Ce n'est guère que la douleur, l'état général qui indique que le malade fait du pus, la difficulté de la défécation et de la mixtion qui mettront le chirurgien sur la voie du diagnostic; le toucher rectal permettra de constater l'induration et plus tard la fluctuation.

Les causes productrices de ces phlegmons étant très variées et l'évolution de l'affection étant en rapport avec la nature de ces causes, tantôt le phlegmon sous-péritonéal sera très lent et mettra des mois à évoluer; d'autres fois, au contraire, sa marche sera plus aiguë, alors surtout qu'il s'agit de phlegmon d'origine infectieuse ou traumatique.

**Traitement.** — Bien que l'on ait, dit-on, constaté des cas de guérison spontanée, de résolution de ces phlegmons circonscrits, le chirurgien ne doit pas y compter et dès qu'il aura constaté, par l'exploration du rectum et du pourtour de l'anus, l'existence d'une collection purulente, il devra donner issue au pus. Avant l'opération, alors que le phlegmon n'est pas encore en suppuration, on calmera les douleurs par des bains, la position horizontale, les genoux relevés, on luttera contre la constipation par des purgatifs et surtout par des lavements froids.

*Cellulite pelvienne.* — Quand au lieu d'être circonscrit le phlegmon est diffus, le pus peut gagner tout le pourtour du rectum, venir en avant en suivant l'aponévrose prostatopéritonéale, passer par-dessous la vessie, envahir le tissu connectif pré-vésical et faire saillie jusque sur

les parois abdominales. Plus facile est, au contraire, l'envahissement du tissu connectif des fosses iliaques; le pus remonte alors au-dessus du bassin et peut envahir l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein, c'est surtout dans les cas où le phlegmon est d'origine septique que l'on voit cette extension terrible se produire. La gravité extrême de cette forme de l'affection découle de l'étendue de la surface envahie et de la septicité, c'est le plus souvent après des opérations pratiquées sur le rectum, à une certaine hauteur au-dessus de l'anus, que l'on voit la cellulite pelvienne apparaître et enlever les opérés; peut-être dans ces cas les précautions n'étaient-elles pas bien prises. L'infection septique aiguë ou la péritonite enlèvent le malade. Il est presque inutile que je revienne sur les symptômes qui se manifestent alors, ce sont surtout les accidents généraux d'empoisonnement septique que si souvent j'ai déjà décrits, fièvre intense 40°, accidents gastriques, vomissements bilieux, dyspnée, etc.; etc.

#### B. — Rectite.

Toutes les irritations de la muqueuse rectale, de quelque nature qu'elles soient, peuvent l'enflammer. Les traumatismes, les corps étrangers, les vers intestinaux; oxyures surtout; les hémorroïdes, les matières fécales durcies déterminent d'ordinaire la rectite. Quand l'inflammation est légère et se borne à la chute de l'épithélium, il se produit un écoulement de matières glaireuses, sanguinolentes dans le cas d'hémorroïdes, écoulement d'une odeur infecte, lorsque le tissu sous-épithélial, le derme muqueux, est lui-même envahi par l'inflammation. Ce tissu s'infiltré de leucocytes et s'épaissit, puis des ulcérations peuvent survenir ainsi que des abcès sous-muqueux; la rectite devient alors douloureuse, et les douleurs s'irradient au loin, les mucosités accumulées déterminent des débâcles diarrhéiques, mais d'autre part la douleur réagit par réflexe sur le sphincter qui se contracte et donne naissance au ténésme; ce qui explique les alternatives de diarrhée et de constipation qui caractérisent les affections du rectum.

La rectite peut devenir chronique, si les causes qui l'ont déterminée ne sont pas enlevées, les ulcérations, les petits abcès sous-muqueux peuvent alors donner naissance à des fistules, même à des phlegmons péri-rectaux et enfin à des rétrécissements graves par l'épaississement chronique du derme muqueux qui peut subir une transformation fibreuse, scléreuse.

Existe-t-il, comme des auteurs l'admettent, une rectite blennorrhagique due à la contamination chez les pédérastes? Il m'est assez difficile de me prononcer, jamais je n'en ai vu un seul cas, quoique j'aie pendant longtemps été médecin des bureaux arabes et des pénitenciers militaires et l'on sait que la pédérastie est de pratique commune dans la race arabe et parmi nos condamnés.

**Traitement.** — Faire disparaître la cause de l'irritation est la première indication, malheureusement ce n'est pas toujours possible alors qu'il s'agit d'hémorroïdes internes. On traitera la rectite par des bains, par des lavements répétés, simples ou astringents; si les douleurs sont vives on s'adressera aux opiacés tout en combattant la constipation par des laxatifs. Lorsque des ulcérations seront produites on les combattra comme nous allons le dire, s'il existe quelque petit abcès on le videra; pour les rétrécissements, je renvoie au chapitre où nous les étudierons.

### C. — *Ulcérations du rectum et de l'anus.*

Toutes les irritations du pourtour anal, de même que celles qui portent sur l'extrémité inférieure du rectum, peuvent déterminer des ulcérations du revêtement de ces parties. La muqueuse anale et rectale inférieure est due à une invagination du feuillet externe vers le cul-de-sac qui termine l'intestin primitif, aussi la membrane de recouvrement de ces parties inférieures du tube digestif appartient-elle plutôt à la peau qu'à la muqueuse intestinale.

Les corps étrangers, les oxyures, les débris de liquides diarrhéiques ou dysentériques, les matières fécales durcies et ramassées en bols trop volumineux, les liquides irritants auxquels donne naissance la desquamation épithéliale, suite d'hémorroïdes, peuvent irriter la muqueuse ano-rectale et y déterminer des ulcérations. Les plaques herpétiques qui chez les femmes coïncident souvent avec l'époque menstruelle peuvent, elles aussi, ulcérer le pourtour anal après la déchirure des vésicules. Il en est de même de toutes les causes qui amènent la rectite, tumeurs de toute nature, déchirures, etc.

Les ulcérations anales sont superficielles ou légères entre les plis de l'anus (voir *Fissures*), elles sont étendues ou non au rectum; d'ordinaire elles ont un fond grisâtre, quelquefois rouge vif; différence d'aspect en rapport avec la nature de la cause productrice. La défécation devient douloureuse, le ténesme rectal, déterminé par la douleur à l'expulsion des matières, augmente la difficulté de la défécation, de tout cela résultent des écoulements de matières glaireuses et sanguinolentes par l'anus et du côté de l'état général une viciation de l'alimentation et de la nutrition par conséquent.

Au pourtour de l'anus et du rectum, dans le tissu adénoïde de la muqueuse et dans les lames connectives sous-jacentes, peuvent se développer soit primitivement soit secondairement, par transport microbique, des noyaux de tuberculose locale. C'est souvent par la voie digestive que les éléments microbiens arrivent à l'extrémité du canal intestinal et s'y localisent. Aussi dans la majorité des cas où l'on constate des ulcérations tuberculeuses du rectum, déjà l'infiltration des viscères

par le bacille de Koch est-elle facile à reconnaître et l'économie tout entière est-elle envahie. Les foyers tuberculeux du rectum déterminent des petits abcès sous-muqueux qui pénètrent dans le tissu connectif péri-rectal, qui se vident dans l'intestin ou à la surface cutanée et donnent naissance à des fistules borgnes ou complètes après avoir ulcéré la muqueuse ou le pourtour anal. Ces ulcérations présentent toujours un fond grisâtre, atonique avec liséré violacé périphérique. Sur le fond sanieux de l'ulcère on peut, le plus habituellement, reconnaître à la loupe des points jaunâtres, en forme de granulations qui sont les amas tuberculeux; il n'est pas toujours facile, quand l'ulcération moins atonique végète sous forme de bourgeons sanieux, de le différencier d'avec un épithélioma, c'est l'examen microscopique qui dans ce cas peut seul fixer le diagnostic. Comme toutes les ulcérations tuberculeuses, celles qui entourent l'anus ont une évolution très lente à moins que l'état général, sous l'influence d'une poussée aiguë, ne vienne à se détériorer complètement et que le malade ne succombe à l'infection septique. C'est au traitement général, joint à l'antisepsie locale, qu'il faudra s'adresser pour obtenir la guérison.

Autour de l'anus et à l'extrémité inférieure du rectum on peut trouver en outre des ulcérations syphilitiques. Les chancres simples de l'anus sont assez fréquents, chez la femme plus que chez l'homme; en effet, par suite de la disposition des parties, un chancre de la fourchette vulvaire peut à la suite d'un érythème qui a déterminé la chute de l'épiderme péri-anal, se communiquer, se réinoculer à cette région sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un coït contre nature. Le chancre induré de l'anus est moins fréquent et presque toujours consécutif à des pratiques de pédérastie.

Ce sont surtout les accidents secondaires : végétations, condylomes ou papillomes et plus encore les plaques muqueuses qui sont fréquents. Les ulcérations secondaires pénètrent comme les fissures au fond des plis rayonnés de l'anus et par la douleur, par la sensation de déchirure qu'elles produisent lors de la défécation, elles déterminent le ténesme anal et la névralgie du pourtour de l'orifice et du plancher périnéal.

Enfin les accidents tertiaires qui portent sur la muqueuse ano-rectale, qui en déterminent la dégénérescence fibreuse et la sclérose amènent des rétrécissements dont nous nous occuperons plus loin (voir *Rétrécissements du rectum*). Pour plus amples détails sur les lésions syphilitiques de l'anus, nous renvoyons aux traités de syphiliographie.

### D. — *Fissures à l'anus.*

Lorsque des liquides irritants sortis de l'orifice anal, de l'ouverture vulvaire chez la femme, ou produits par les sécrétions anormales des glandes anales : lorsque des parcelles fécales s'accumulent entre les plis

rayonnés de l'anus, et que des soins de propreté extrême ne viennent pas les enlever, ils peuvent, au lieu de déterminer simplement des érythèmes et des excoriations superficielles, être causes de petites ulcérations longitudinales qui ont leur siège dans la profondeur des plis radiaux. Les fibres superficielles du sphincter s'insèrent sur le derme de ces replis qui entourent l'ouverture anale. Chaque effort de défécation, quand surtout il s'accompagne de constipation et que le bol fécal est dur et volumineux, tend à distendre ces ulcérations et à les dilacérer. Ces ulcérations sont connues sous le nom de *fissures à l'anus*; la traction, la distension qui accompagnent chaque défécation tendent à irriter ou à déchirer les ulcérations, ainsi que les éléments nerveux qui s'y trouvent, fibres du nerf anal; la douleur est alors très vive et détermine par réflexe une contraction spasmodique, tétanique, du sphincter dont les fibres insérées sur le derme muqueux au niveau du point fissuré causent à leur tour une nouvelle irritation du fond de l'ulcération, d'où nouvelle crise douloureuse qui, sous forme de névralgie, de sphinctérialgie, retentit plus loin et s'irradie jusque sur les cuisses, sur la périnée, sur la vessie et sur la verge ou l'orifice vulvaire.

La défécation, extrêmement douloureuse, s'accompagne d'une sensation de déchirement, de brûlure au fer rouge, d'autant plus intense que la contracture du sphincter est plus forte; la résistance qu'il oppose une fois vaincue et la distension de la fissure produite, la douleur se calme, jusqu'au moment où le ténésme sphinctérien reparaît après que la fibre épuisée a recouvré ses propriétés de contractilité, soit une demi-heure ou un quart d'heure après l'expulsion. Le réflexe qui détermine la contracture se reproduit plus tard d'autant plus vite et sous l'influence d'une excitation d'autant plus faible que la surexcitabilité du système nerveux devient plus forte. Aussi les crises qui se renouvellent empêchent-elles le malade de prendre du repos, les accidents gastriques et généraux surviennent et l'épuisement nerveux peut s'en suivre. Pour calmer les douleurs que causent le moindre mouvement, le plus léger attouchement, quand les accidents sont arrivés à cet état grave, les malades prennent instinctivement des positions anormales et variées dans leur lit.

Tout effort, tout mouvement, tout attouchement, et à plus forte raison toute tentative d'introduction d'un corps étranger, doigt explorateur, spéculum et même canule à lavement, excite le réflexe, détermine une nouvelle contracture du sphincter et une crise de douleurs aiguës.

Chez les enfants à la mamelle, la fissure anale est assez fréquente, ce qui doit être attribué à l'acidité des matières fécales provenant de l'alimentation lactée; aussi le lavage fréquent et soigné des enfants après chaque défécation est-il de rigueur absolue.

Toute ulcération qui siègera au-dessous du sphincter ou au-dessus

de lui, dans le rectum, n'étant pas soumise aux mêmes causes de dilacération mécanique et de contracture réflexe ne sera donc pas pour nous une vraie fissure à l'anus; elle pourra être syphilitique, tuberculeuse ou d'origine hémorroïdale, mais jamais elle ne donnera naissance à ces accès de douleurs terribles exacerbantes, à cette véritable contracture tétanique du sphincter dont nous venons d'expliquer la filiation. Il faut pour cela que l'ulcère siège au fond d'un pli rayonné sur le derme duquel les fibres du sphincter prennent leur insertion. Presque toujours ces fissures siègent sur les côtés latéraux et à la partie postérieure de l'ouverture anale, et le plus souvent il n'y en a qu'une seule, qui mesure au plus 2 ou 3 centimètres de longueur, encore faut-il admettre que cette dimension n'est qu'apparente en raison du gonflement des bords du pli rayonné.

Ainsi que nous le verrons plus loin, les hémorroïdes peuvent, elles aussi, donner naissance à des douleurs vives et à des contractures sphinctériennes, mais toujours la crampe du muscle est moins forte, l'introduction du doigt est possible et, une fois la crise douloureuse passée, elle ne revient qu'au bout d'un certain temps, tandis que celle de la fissure est presque constante et les crises ne sont séparées les unes des autres que par de courts moments de repos.

Dès qu'un malade accuse une douleur intense, avec sensation de déchirure à chaque défécation, dès que cette douleur s'accompagne de contracture spasmodique du sphincter, il faut examiner l'anus avec le plus grand soin et en déplisser les plis rayonnés. Souvent cet examen est très douloureux et les malades s'y refusent. On a recommandé de ne pas les chloroformer, en raison de leur surexcitabilité nerveuse qui pourrait causer des accidents, et de leur administrer du chloral.

Cet examen fait découvrir la fissure avec sa coloration rosée non saignante, avec ses bords souples ou indurés suivant que l'affection est récente ou ancienne. L'existence de la petite ulcération linéaire ne permettra pas de confondre la fissure avec la névralgie anale, la *proctalgie*, affection dont les causes sont peu connues encore et qui toujours s'irradie jusqu'au col de la vessie et même jusqu'au cordon et au testicule.

Chez les enfants à la mamelle et même un peu plus âgés encore, qui ne peuvent rendre aucun compte des douleurs qu'ils éprouvent, le diagnostic de la fissure n'est souvent pas facile. Récemment encore, j'ai vu une petite fille dont l'état général devenait de plus en plus mauvais, chez laquelle la constipation était opiniâtre et la défécation s'accompagnait de cris douloureux et de phénomènes de convulsions. Un examen attentif me permit de mettre à découvert la fissure qui céda rapidement au traitement; tous les accidents disparurent et l'enfant revint à un état de santé des plus prospères.

**Traitement.** — Tous les traitements basés sur l'emploi des corps gras