

la fosse ischio-rectale qui viennent s'ouvrir à la peau et restent fistuleux. D'autres suivent la concavité du sacrum et s'ouvrent au niveau du coccyx ; d'autres enfin, mais plus rarement, se portent en avant, s'ouvrent au niveau du périnée, ou bien sur les côtés de la vulve et dans le vagin chez la femme. J'ai eu, dans mon service, une femme atteinte d'un rétrécissement syphilitique qui détermina une perforation du rectum dans sa portion intrapéritonéale et une péritonite aiguë.

Tous ces faits sont bien connus, mais ce qui, je crois, n'avait pas été signalé avant moi, c'est que, pour produire ces accidents, il n'est pas nécessaire que le rétrécissement soit très prononcé, ni qu'il occupe toute la circonférence du rectum. On trouve, dans certains cas, à l'union de la portion sphinctérienne et de la portion ampullaire, au niveau du bord supérieur du sphincter interne, une sorte de bride transversale, dure, résistante, absolument dépourvue d'élasticité, n'occupant que la paroi postérieure du rectum. Si l'on porte le doigt au-dessus de cette bride, il tombe à pic dans une large excavation dont on ne peut pas toujours atteindre le fond.

Le développement de cette lésion est favorisé par une disposition normale. En effet, chez tous les sujets, la muqueuse est soulevée par le bord supérieur du sphincter interne, qui forme en arrière un relief plus ou moins saillant, mais facilement dépressible, appelé *valvule de Houston*, bien que l'expression de valvule s'applique mieux aux replis formés par la muqueuse elle-même.

Les malades atteints de cette variété de rétrécissement présentent des abcès à répétition qui, s'ouvrant à l'extérieur, restent fistuleux pendant un certain temps, puis se ferment. Un autre abcès se développe, soit au même endroit, soit à côté, ou du côté opposé, et cela dure ainsi pendant des années jusqu'à ce que les fistules deviennent permanentes. Il n'est pas rare de voir attribuer ces fistules à une lésion osseuse, car elles remontent souvent très haut et sont multiples. Les abcès et les fistules sont donc symptomatiques d'un rétrécissement du rectum, qui échappe d'autant mieux à l'attention qu'il est peu prononcé, n'occupe qu'une partie du rectum et ne gêne que très médiocrement les malades. Ces derniers n'appellent donc pas, en général, l'attention de ce côté.

J'ajoute que, pour bien reconnaître cette bride, il faut donner au malade la même position que pour l'opération de la taille, et ne pas le coucher sur le côté.

On conçoit que, dans ces conditions, les injections, les cautérisations, les incisions même, dirigées contre la fistule, échouent, puisqu'on ne s'attaque pas à la cause. Le seul traitement rationnel consiste à guérir le rétrécissement. Tous les chirurgiens savent, et j'ai moi-même fait remarquer (page 347), avec quelle rapidité se cicatrisent certaines fistules des mâchoires entretenues par la carie d'une dent, aussitôt que la dent est enlevée ; or, le même phénomène peut se produire pour les fistules de l'anus : celles-ci disparaissent spontanément lorsque la cause qui les entretenait a cessé d'exister. J'en ai observé bon nombre d'exemples évidents (1).

(1) Voici le résumé du premier fait que j'observai, il y a vingt-sept ans, et qui est des plus remarquables : M. M^{...}, officier de cavalerie, avait eu la dysenterie au siège de Metz, en 1870. Agé de trente ans, très vigoureux, il n'a jamais eu de syphilis. En août 1873, apparaît, sans cause connue, un abcès de la fosse ischio-rectale droite qui reste fistuleux ; un mois après, second abcès de la fosse ischio-rectale gauche, qui reste également fistuleux. Après quatre mois de soins continus et infructueux, M. M^{...}, profondément découragé, vient me demander un avis.

Les deux trajets fistuleux sont écartés du pourtour de l'anus d'environ 6 centimètres ; ils