

inaccessible à la vue. Quelle que soit d'ailleurs la cause, le même traitement de la dilatation forcée est applicable.

C'est au niveau du bord supérieur du sphincter interne que débutent, en général, les rétrécissements syphilitiques du rectum; c'est au même point, et en arrière seulement, que siège la bride signalée plus haut comme cause de fistules.

Les fistules à l'anus doivent être divisées, par rapport aux muscles sphincters, en *intra-* et *extrasphinctériennes*.

Les premières sont sous-muqueuses, ne nécessitent pas la section des fibres musculaires, guérissent vite, et n'entraînent à leur suite aucune conséquence fâcheuse. Celles, au contraire, dont l'orifice externe ainsi que le trajet sont situés en dehors du sphincter, s'ouvrent généralement plus haut que les précédentes, non plus dans la région anale, mais dans le rectum lui-même.

Chassaingnac a, sous ce rapport, divisé avec raison, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, les fistules à l'anus en *fistules anales* et *fistules rectales*. Ces dernières sont beaucoup plus graves, car elles entraînent la section de toute la portion sphinctérienne; elles guérissent lentement et laissent souvent après elles une incontinence des matières liquides, et surtout des gaz.

En présence d'une fistule extra sphinctérienne ou rectale, il faudra désormais rechercher toujours, avant d'opérer, s'il n'existe pas une bride demi-circulaire en forme de sangle sur la paroi postérieure du rectum, au niveau du bord supérieur du sphincter interne, puisque la simple incision de cette bride fibreuse a suffi pour faire disparaître en quelques jours des fistules anciennes et profondes sans autre opération.

Certaines fistules ne présentent pas d'orifice externe et sont dites alors *borgnes internes*. Infiniment plus rares que celles qui ont deux orifices (*fistules complètes*) ou qui ne possèdent qu'un orifice externe (*fistules borgnes externes*), elles présentent aussi une marche toute différente. Un abcès se forme à la marge de l'anus, s'ouvre à l'extérieur et se cicatrise du côté de la peau: mais l'orifice muqueux reste ouvert. Le malade se considère comme guéri, lorsque, après un temps variable (quelquefois plusieurs années), survient un nouvel abcès, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait pratiqué l'opération convenable. Je suis porté à croire que beaucoup de fistules borgnes internes sont sous la dépendance d'une bride fibreuse partielle, analogue à celle que j'ai décrite plus haut, et qu'elles disparaîtront en coupant la bride. Cela aurait d'autant plus d'importance que l'abcès intermittent produit par la persistance d'une fistule borgne interne n'est pas toujours limité à la marge de l'anus, mais peut envahir toute la fosse ischio-rectale d'un côté et s'accompagner d'accidents graves. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité ces sortes d'abcès arrivent à suppuration; ils se succèdent en présentant une marche tellement identique que les malades eux-mêmes en prédisent, en général, très exactement l'évolution.

Une partie des fibres longitudinales du rectum, confondues avec celles du muscle releveur, croisent perpendiculairement les fibres circulaires de la portion sphinctérienne, s'enchevêtrent avec elles et viennent se fixer par de petits tendons au pourtour de l'anus sur la face profonde du derme. On voit bien cette disposition en disséquant par sa face interne la peau de la marge de l'anus, préalablement fixée sur une plaque de liège.