

## XII

PHLEGMONS ET ABCÈS PÉRI-ANAU  
ET PÉRI-RECTAUX

Quelques considérations anatomiques sont nécessaires pour comprendre le siège et la marche des phlegmons péri-anaux et péri-rectaux.

Au point de vue de ses rapports anatomiques, le rectum présente deux portions : une pelvienne et une périnéale, séparées l'une de l'autre par le releveur de l'anus. *Entre la face supérieure du releveur et le péritoine se trouve l'espace pelvi-rectal supérieur de RICHEL ; entre sa face inférieure et la peau est l'espace pelvi-rectal inférieur ou fosse ischio-rectale.*

*Au-dessus du releveur* les aponévroses sacro-recto-génitales en venant s'insérer en dedans des trous sacrés divisent l'espace pelvi-rectal supérieur en deux loges latéro-rectales séparées par une loge médiane rétro-rectale. En avant du rectum, entre cet organe et la prostate chez l'homme ou le vagin chez la femme, existe encore une petite loge remplie de tissu cellulaire : c'est la loge pré-rectale opposée à la loge rétro-rectale.

*Au-dessous du releveur*, entre la face inférieure du muscle d'une part, l'ischion et l'obturateur interne d'autre part se trouve la fosse ischio-rectale, pyramide à base inférieure répondant à la peau et poussant deux prolongements, antérieur périnéal, postérieur fessier. La communication entre les deux fosses ischio-rectales se fait en arrière, au-dessus du sphincter.

Rappelons en terminant cette brève description anatomique, la présence d'une couche de tissu cellulaire au-dessous de la peau et de la muqueuse de la région anale, et la structure parti-

culière de la peau à ce niveau avec ses follicules pileux et ses nombreuses glandes sudoripares.

**Étiologie.** — Les conditions nécessaires à la production d'un foyer inflammatoire se rapportent à trois facteurs : l'agent pathogène, le terrain, la porte d'entrée. Ces trois causes se trouvent souvent réunies au niveau de la région ano-rectale, ce qui explique la fréquence des infections à ce niveau.

Les *agents pathogènes* sont ceux qui d'une façon générale produisent toutes les suppurations, le streptocoque, le staphylocoque, le *baeterium coli* surtout.

HARTMANN et LIEFFRING ont insisté sur la présence du bacille de KOCH : ils l'ont trouvé avec une fréquence véritablement surprenante pour qui sait la difficulté de la recherche de ce bacille dans le pus.

D'où viennent ces germes ? Le plus souvent du rectum dont on connaît la richesse microbienne, mais ils peuvent venir aussi de l'extérieur, soit qu'ils viennent de la vulve à la surface du périnée, soit qu'ils soient amenés plus directement par l'intermédiaire d'un corps étranger.

Le *terrain* joue un rôle évident, considérable, ces suppurations péri-anales se produisant d'ordinaire chez des individus affaiblis, suspects de tuberculose ou victimes d'autres tares diathésiques.

*Quant aux portes d'entrée* elles sont multiples ; elles peuvent être larges, donnant libre accès aux microbes dans le tissu cellulaire, comme par exemple les plaies du rectum, opératoires ou accidentelles, ou moins profondes comme toutes les ulcérations traumatiques ou autres, parfois même si légères qu'elles passent inaperçues. C'est ainsi que sans présenter de lésions extérieures bien nettes, tous les microtraumas auxquels cette région est exposée, excoriations, contusions par le passage de matières fécales durcies, exulcérations par le contact de liquides irritants, etc., peuvent ouvrir la porte à l'infection.

**Pathogénie.** — La *pénétration des germes est directe* quand il y a effraction du tissu cellulaire : c'est un mécanisme rare.

La *pénétration indirecte* est le mode le plus fréquent.

Les *veines* semblent jouer un rôle limité : les phlébites hémor-

rhoïdaire donnent naissance à des suppurations circonscrites, qui rarement se propagent au tissu cellulaire voisin.

La *voie artérielle* ne peut être incriminée que dans le cas d'une infection générale se localisant au rectum, comme par exemple dans la tuberculose.

C'est la *voie lymphatique*, dont la richesse est si grande à ce niveau, qui prend la part la plus importante dans ces inflammations péri-anales (QUÉNU<sup>1</sup>).

**Division.** — Les inflammations de la région ano-rectale peuvent être diffuses ou circonscrites.

*Diffuses*, elles envahissent tout le tissu cellulaire péri-rectal.

*Circonscrites*, elles peuvent suivant notre description anatomique être distinguées en superficielles et profondes.

Les *superficielles* comprennent :

Les abcès tubéreux ;

Les abcès phlébitiques ;

Les abcès sous-cutanéomuqueux ;

Les phlegmons et abcès de la fosse ischio-rectale.

Les *profondes* sont les phlegmons et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

## INFLAMMATIONS DIFFUSES

**Phlegmon diffus péri-ano-rectal.** — Cette dénomination de FAURE et RIEFFEL est bonne, car elle indique bien la nature et le siège de l'affection dont il s'agit. C'est la cellulite pelvienne de BOUILLY, la périproctite diffuse de QUÉNU et HARTMANN.

**Étiologie.** — *Ce phlegmon peut être secondaire à une suppu-*

<sup>1</sup> QUÉNU. Les abcès péri-recto-anaux. *Gaz. médic. de Paris*, 14 avril 1894, p. 170.

Pour le bacille de Koch cependant, on peut soutenir les deux hypothèses : soit la pénétration du bacille au niveau d'une ulcération de l'intestin, soit la localisation au niveau du rectum, d'un bacille amené par le courant sanguin. En tout cas, la tuberculose primitive est possible.

ration circonscrite qui, ne pouvant s'ouvrir à l'extérieur, diffuse dans les tissus voisins.

C'est une sorte de phlegmon par diffusion qu'on voit succéder soit à une vésiculite, à un phlegmon périprostatique chez l'homme, soit à une salpingite ou à un phlegmon du ligament large chez la femme.

Il peut se déclarer d'emblée quand il y a infection directe du tissu cellulaire péri-rectal. C'est un corps étranger qui par son séjour dans l'ampoule a déterminé l'ulcération des tuniques rectales ; c'est une rupture consécutive à une exploration brutale ou à une dilatation brusque du rectum. C'est le plus souvent après une opération chirurgicale ayant nécessité de vastes délabrements comme l'extirpation du rectum pour cancer ou rétrécissement ou bien d'une façon plus générale à la suite de toute intervention sérieuse portant sur cette région.

De nombreuses causes se trouvent ici réunies pour favoriser l'éclosion d'accidents infectieux graves ; l'état de déchéance du sujet affaibli par son rétrécissement ou son cancer — la virulence extrême du contenu rectal — la difficulté enfin d'être strictement aseptique et d'éviter les nombreux dangers d'infection auxquels on est exposé quand on opère dans cette région.

**Anatomie pathologique.** — Les trainées celluluses servent de guide à l'infection qui remonte le long du rectum en arrière, dans la loge rétro-rectale, pour gagner de là la région prévertébrale, les fosses iliaques, la paroi abdominale antérieure. La séreuse péritonéale forme barrière mais n'empêche pas toujours l'infection de la cavité abdominale. Comme dans le phlegmon diffus, le pus ne se produit pas d'une façon franche. Tantôt c'est un liquide épais, puriforme qui infiltre les mailles du tissu conjonctif. Tantôt il y a seulement de l'œdème, avec un liquide séro-fibrineux extrêmement septique, riche en micro-organismes. Cette infection grave qui ne tarde pas à se généraliser, explique les lésions de dégénérescence viscérale qu'on observe au niveau du foie, des reins, de la rate, les abcès métastatiques du poumon, des articulations, etc.

Dans certains cas, il y a *gangrène* avec élimination de vastes

plaques de peau et réparation lente quand le malade survit. Ces phénomènes gangréneux sont-ils dus à des germes spéciaux, à des anaérobies ? C'est une question encore à l'étude.

**Symptômes et diagnostic.** — Le début est facile à étudier quand le phlegmon succède à une intervention chirurgicale. La température s'élève, le malade souffre et l'inspection de la région fait constater le gonflement. Quand le mal débute profondément, ce sont les symptômes généraux qui attirent l'attention tout d'abord, parfois une rétention d'urine invincible, avant que des modifications locales n'apparaissent.

Le gonflement est diffus, sans limites bien nettes ; d'abord unilatéral il se propage à la fesse opposée en passant derrière l'anus. Ce gonflement fait paraître plus profond le pli interfessier et c'est à peine si l'on peut apercevoir l'orifice anal.

La rougeur apparaît plus tard, rougeur diffuse, sombre, livide ou présentant une teinte cuivrée.

La palpation montre que les tissus œdématiés sont durs, le doigt n'y imprime que difficilement un godet. L'infiltration s'étend vers le périnée qui pourtant est moins envahi que dans l'infiltration d'urine ; elle gagne la racine des cuisses, le pubis l'abdomen, le tronc. Si elle se propage vers le petit bassin, elle peut amener des troubles de compression du côté de la vessie, de l'intestin, des douleurs à distance dans la zone du plexus sacré.

S'il y a gangrène on voit des phlyctènes reposant sur des plaques noires, soulever l'épiderme et se crever en laissant écouler un liquide fétide ; puis des plaques plus ou moins étendues de téguments se sphacèlent, des lambeaux de tissus s'éliminent sous forme d'un magma putrilagineux, mais sans qu'il y ait de pus véritable.

Les phénomènes généraux sont graves ; ils amènent souvent la mort avant que les lésions locales aient eu le temps d'évoluer complètement ; tout cela dépend à la fois de la sévérité de l'infection et de la résistance du malade. Si le malade réagit, la fièvre est vive, accompagnée de frissons, les douleurs sont violentes. Dans les formes suraiguës au contraire peu ou pas de fièvre, le

malade abattu, absorbé est véritablement intoxiqué et succombe à la toxi-infection.

Dans tous les cas le pronostic est grave, souvent fatal, même malgré un traitement énergique et précoce.

**Traitement.** — Le traitement consiste dans l'ouverture large et le drainage aussi complet que possible. Si le phlegmon est consécutif à une intervention chirurgicale, on fera sauter immédiatement toutes les sutures, on désinfectera complètement la plaie, sans se laisser arrêter par aucune considération.

Si le phlegmon est primitivement profond, deux grandes incisions longitudinales de chaque côté de l'anus ouvriront les fosses ischio-rectales. L'infection sera poursuivie partout, vers l'espace pelvi-rectal supérieur, vers le périnée. D'autres incisions seront faites si besoin au niveau de la paroi abdominale soit avec le bistouri, soit avec lether mocautère. Ce n'est pas une simple collection qu'il s'agit d'évacuer, c'est une infiltration septique qu'il faut arrêter dans sa marche en donnant un large accès aux antiseptiques employés sous forme de lavages ou de pulvérisations.

L'emploi de l'eau oxygénée est particulièrement indiqué ici où l'infection est due en grande partie à des microbes anaérobies.

On mettra tout en œuvre pour soutenir l'état général, alcool, quinquina et surtout les injections sous-cutanées de sérum artificiel qui activent l'élimination des produits toxiques.

## INFLAMMATIONS CIRCONSCRITES

### § 1. — ABCÈS SUPERFICIELS

**1° Abscess tubéreux.** — C'est une affection toute locale. Analogues aux abcès tubéreux de l'aisselle, ils semblent comme eux développés dans les glandes de la région, soit dans les glandes sudoripares, soit dans les follicules pilo-sébacés. Parfois ils se développent sans cause appréciable, mais d'ordinaire ils reconnaissent comme origine un traumatisme (frottement), ou une irritation directe de la région. Plus fréquents chez l'homme

que chez la femme on ne les observe pour ainsi dire jamais chez le vieillard et chez l'enfant.

L'abcès tubéreux se présente sous la forme d'une petite tumeur superficielle, arrondie, un peu rouge au centre, du volume d'une petite noisette.

La palpation montre qu'elle est bien circonscrite ; dure au début, elle présente au bout de trois ou quatre jours un point central ramolli, puis fluctuant. A part des cas exceptionnels la douleur n'est pas très vive, elle s'exagère seulement au moment de la défécation. L'abcès finit par s'ouvrir, laissant s'écouler quelques gouttes d'un pus séreux, d'odeur fétide, dans lequel on trouve parfois une sorte de bourbillon. La guérison est rapide et il est très rare que cet abcès soit le point de départ d'un phlegmon ischio-rectal ou qu'il laisse après lui une fistule.

Sous réserve de ces complications possibles, le pronostic est bénin et le traitement des plus simples : petite incision, évacuation de l'abcès, puis pansement sec à moins qu'un peu de lymphangite ne nécessite pendant quelques jours l'application de compresses humides.

**2° Abcès phlébitiques.** — C'est la suppuration d'une ampoule hémorroïdaire qui, infectée, s'est isolée de la circulation générale et forme un petit abcès circonscrit. Cet abcès siège au-dessus de l'orifice anal, il s'ouvre à l'intérieur de l'anus et donne lieu le plus souvent à une fistule borgne interne, car à l'inverse des abcès tubéreux il a peu de tendance à la guérison spontanée.

**3° Abcès sous-cutanéomuqueux ou abcès de la marge de l'anus.** — **Étiologie.** — Ce sont les plus fréquents (86 p. 100, HARTMANN). Leur siège anatomique est le tissu cellulaire qui double la peau et la muqueuse de l'orifice anal. Intra-sphinctériens par conséquent, ils peuvent suivant leur étendue être simplement sous-cutanés ou sous-muqueux ou sous-cutanéomuqueux (voir fig. 15). Ils peuvent envahir secondairement la fosse ischio-rectale. Exceptionnellement on les voit siéger sous la muqueuse de l'ampoule plus haut que le sphincter. C'est l'*intermural abscess* des Anglais.

**Symptômes.** — On peut distinguer deux formes cliniques bien différentes :

Dans la *forme phlegmoneuse franche*, le début est marqué par l'apparition d'une tumeur globuleuse, chaude et douloureuse à

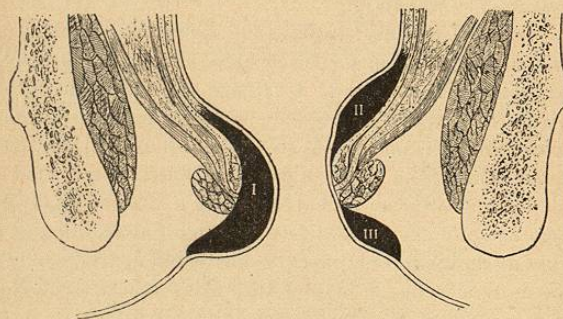


Fig. 15.

Abcès superficiels (FAURE et RIEFFEL).

I, abcès sous-cutanéomuqueux. — II, abcès sous-muqueux. — III, abcès sous-cutané.

la pression. Les téguments amincis sont rouges ou violacés. La douleur est vive, lancinante, pulsatile au centre de la tumeur. Couché sur le côté le malade redoute le moindre contact, le plus petit effort soit pour uriner, soit pour tousser ou se moucher ; la défécation surtout est horriblement douloureuse. Il existe un état saburral assez marqué, de l'inappétence, de la fièvre avec des frissons.

Au bout de quelques jours le pus est formé. Si l'abcès pointe du côté de la peau, la fluctuation est manifeste. Dans d'autres cas, elle a besoin d'être cherchée en plaçant, suivant les conseils de CHASSAIGNAC, un doigt dans le rectum et un autre sur la tuméfaction cutanée. C'est par le toucher rectal seul qu'on peut reconnaître les abcès uniquement sous-muqueux, les « intermural abscess » qui ne peuvent s'ouvrir que dans le rectum.

L'abcès livré à lui-même s'ouvre spontanément soit à la peau, soit dans le canal anal, soit des deux côtés à la fois. Exception-

nellement il s'ouvre en deux points de la muqueuse créant ainsi une fistule bimuqueuse (QUÉNU). L'évacuation du foyer est suivie de la détente immédiate des phénomènes douloureux; mais il n'est pas rare de voir l'abcès se reproduire si l'ouverture spontanée n'a pas été assez large.

Dans la *forme subaiguë*, torpide, les symptômes fonctionnels sont tout autres. A peine un peu de gêne, de pesanteur pendant la formation de l'abcès qui se développe pour ainsi dire à l'insu du malade. La tumeur se présente avec les mêmes caractères que précédemment mais sans réaction inflammatoire. C'est presque un abcès froid. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général; les malades continuent à vaquer à leurs occupations. Beaucoup ne sont avertis de l'existence d'un abcès que par son ouverture au moment d'un effort de défécation; parfois même ce phénomène leur échappe et plus tard ils se trouvent porteurs d'une fistule dont ils ne peuvent déterminer l'origine.

C'est qu'en effet, quel que soit leur mode de début, ces abcès ont peu de tendance à la guérison complète et sont l'origine de la plupart des fistules à l'anus.

**Traitement.** — Le traitement palliatif n'existe pas. Dès que l'induration est manifeste, avec ou sans ramollissement de la partie centrale, il faut inciser sans plus attendre et suivant la jolie expression d'A. Paré « venir à l'ouverture, la tumeur étant encore verdelette ». Mais il ne suffit pas ici de donner simplement issue au pus en ponctionnant la partie déclive de la cavité. Ces abcès sont des fistules en perspective et doivent être traités comme telles, c'est-à-dire par l'ouverture de toute l'étendue du trajet et la mise à nu de la paroi profonde qui pourra granuler et se cicatriser complètement. La chose est d'ailleurs fort simple pour cette catégorie d'abcès. N'avons-nous pas dit qu'ils étaient superficiels, extra-sphinctériens, recouverts seulement par la muqueuse et par la peau de la région anale. On ne court donc, en incisant franchement toute la paroi interne, aucun risque d'intéresser le sphincter ni de provoquer l'incontinence. Ce qui explique les grandes discussions de FAGET<sup>1</sup> et de FOUBERT au

<sup>1</sup> FAGET (Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement. *Mé-*

siècle dernier, c'est que parfois il est difficile de distinguer un abcès sous-cutanéomuqueux d'un abcès de la fosse ischio-rectale, ou plutôt c'est qu'un abcès primitivement superficiel sous-muqueux peut contourner le bord inférieur du sphincter et envahir secondairement la fosse ischio-rectale. Dans ce cas, l'ouverture muqueuse risque d'être insuffisante et il faut traiter cet abcès comme un véritable abcès ischio-rectal; nous y reviendrons plus loin.

L'anesthésie locale soit à la cocaïne, soit au chloréthyle suffit dans les formes torpides; dans les formes aiguës, si la douleur est très vive, si surtout on pense que l'abcès s'est compliqué de prolongements secondaires, l'anesthésie générale, soit à l'éther, soit au bromure d'éthyle est préférable. Le malade étant couché sur le côté ou dans la position de la taille, une valve étroite est placée du côté opposé à celui de l'abcès. Une petite incision verticale, faite au point culminant, permet l'évacuation de la poche; une sonde cannelée un peu recourbée est alors introduite par l'ouverture ainsi faite et poussée jusqu'à la limite supérieure du décollement; on lui fait perforer la muqueuse en ce point, puis l'attirant au dehors, on incise sur sa cannelure tous les tissus qu'elle a chargés. Si le décollement est très marqué, il est bon d'exciser un peu les lambeaux flottants de la muqueuse, de manière à bien découvrir la paroi profonde. On pourra voir ainsi les trajets, les diverticules secondaires, les cathétériser à la sonde cannelée et les mettre à découvert de manière à éviter toute récurrence.

Le pansement consiste en un léger tamponnement fait avec une mèche de gaze iodoformée, qu'on changera au bout de quarante-huit heures, puis tous les jours ensuite. Dans les cas ordinaires le malade sera maintenu au lit et constipé pendant quatre

*moires de l'Académie royale de Chirurgie*, éd. in-4°, Paris, 1743, t. I, p. 389), conseillait non seulement d'ouvrir les abcès du fondement, mais d'inciser le rectum pour procurer sa réunion avec les parties voisines. — FOUBERT (Sur les grands abcès du fondement. *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, éd. in-8°, Paris, 1767, t. III, p. 473), au contraire, affirmait qu'on pouvait les guérir par l'incision cutanée seule.