

ou cinq jours : il pourra reprendre ses occupations. La guérison complète sera obtenue au bout de deux à trois semaines.

Si malgré toutes ces précautions une fistule persiste, on se verra obligé d'intervenir une seconde fois pour amener l'oblitération du trajet; mais cette complication est rare et ne se produit guère, si l'incision primitive a été suffisante.

§ 2. — ABCÈS PROFONDS. ABCÈS DE LA FOSSE ISCHIO-RECTALE

Anatomie pathologique. — Ce sont les « grands abcès », abcès extra-sphinctériens développés dans la masse graisseuse qui remplit le creux ischio-rectal. Leur fréquence est à peine 18 p. 100 des abcès de l'anus (ETCHEPARE¹). On peut les distinguer en superficiels et profonds.

Les *superficiels* résultent de lymphangites tronculaires parties de réseaux sous-sphinctériens, qui envahissent secondairement la fosse ischio-rectale en contournant le bord inférieur du sphincter. Superficiels par leur origine, ils peuvent d'ailleurs présenter plus tard des diverticules profonds.

Les *profonds* sont ou bien des collections se formant primitivement dans la fosse ischio-rectale ou des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur secondairement propagés à la fosse ischio-rectale et présentant une disposition en bouton de chemise.

Rappelons que chaque fosse ischio-rectale possède deux prolongements fessier et périnéal, dont l'évacuation se fera difficilement. De plus le pus peut fuser d'une fosse ischio-rectale à l'autre en passant derrière le rectum, au-dessus du sphincter anal. L'abcès prend alors la forme d'un fer à cheval encadrant l'anus.

Il est beaucoup plus rare de voir le pus perforant les tuniques rectales venir se collecter sous la muqueuse.

Étiologie. — Les abcès profonds peuvent succéder aux abcès superficiels; ils sont alors le résultat d'une propagation inflammatoire qui se fait par l'intermédiaire des lymphatiques.

¹ ETCHEPARE. Des abcès ischio-rectaux. *Thèse de Paris*, 1893-94.

Les véritables abcès profonds, ceux qui se produisent d'emblée dans le creux ischio-rectal reconnaissent d'après notre expérience deux grandes causes : soit, le plus souvent, une ulcération de la paroi postérieure du conduit ano-rectal; soit chez la femme,

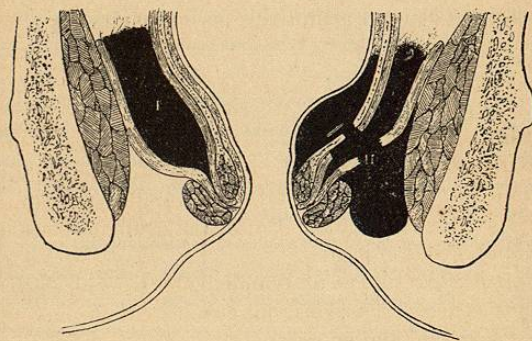


Fig. 16.

Abcès profonds. (FAURE et RIEFFEL).

I, abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. — II, abcès complexe, parti de la sous-muqueuse et gagnant l'espace pelvi-rectal supérieur et la fosse ischio-rectale à travers la paroi rectale et le releveur qui sont perforés.

une inflammation diffuse de la glande vulvo-vaginale. Ils sont aussi parfois la propagation d'un abcès sous-cutanéomuqueux.

Symptômes et Diagnostic. — Les *abcès superficiels* qui succèdent à une infection péri-anales ou à un abcès de la marge présentent d'emblée une rougeur diffuse, un gonflement de la région répondant à la base du creux ischio-rectal. La palpation montre l'induration superficielle des téguments; plus tard ce sera une sensation de rénitence, puis de la fluctuation vraie que l'on perçoit plus nettement par le palper bimanuel, un doigt d'une main dans le rectum, l'autre main sur la tuméfaction cutanée.

Au bout de quelques jours l'épiderme se soulève en une phlyctène noirâtre, la peau se sphacèle et donne issue à un flot

de pus mal lié, horriblement fétide et mélangé de gaz d'origine putride.

Les *abcès qui débutent par la profondeur* sont les plus fréquents. Ils se manifestent au début par une douleur sourde, profonde, gravative et par des phénomènes généraux marqués, fièvre, frissons, langue sèche, teint jaunâtre. L'aspect de la région ne s'est pas encore modifié, mais déjà le palper révèle une induration profonde. Le gonflement apparaît plus tard, gonflement large étendu du coccyx aux organes génitaux d'une part, de l'anus à l'ischion d'autre part. Il a la forme d'une énorme sangsue placée sur la partie latérale de l'anus, augmentant la profondeur du pli interfessier au fond duquel on aperçoit difficilement l'anus à peine accessible.

La palpation est très douloureuse, mais le doigt a peine à marquer un godet d'œdème sur ces tissus enflammés convertis en une sorte de masse épaisse et lardacée. Ce n'est que tardivement que la peau rougit, s'amincit, se perforé, laissant échapper une grande quantité de pus noirâtre, sale, d'odeur fétide. Des lambeaux de tissus sphacelés l'accompagnent, témoignant de la destruction du contenu de la fosse ischio-rectale.

Le pus ne se fraie que difficilement un passage à travers cette induration et l'on comprend qu'à l'incision, il jaillisse pour ainsi dire à l'extérieur.

On s'explique par la même raison l'ouverture dans le rectum, les *propagations* nombreuses, vers le périnée, vers la fesse (grâce aux deux prolongements de la fosse ischio-rectale), vers l'espace pelvi-rectal supérieur ou vers la fosse ischio-rectale du côté opposé.

Il n'est pas toujours facile de distinguer ces phlegmons unilatéraux, des phlegmons superficiels sous-cutanéomuqueux. Dans ces derniers pourtant le toucher rectal montre que l'ampoule est saine, souple, non déformée, à moins que le décollement sous-muqueux ne remonte très haut comme cela arrive exceptionnellement (inter-mural abcess); mais même dans ce cas on peut faire le diagnostic car la collection sous-muqueuse séparée du doigt par une mince épaisseur des tissus et manifestement fluc-

tuante est bien différente de la collection ischio-rectale qui a pour paroi une muraille épaisse formée par les tuniques rectales doublées du sphincter.

La difficulté n'existe, mais très réelle cette fois, qu'en présence d'un abcès ischio-rectal ayant perforé les tuniques du rectum au-dessus du sphincter et qui, présentant un diverticule sous-muqueux réalise la disposition en bouton de chemise.

La propagation à la fosse du côté opposé est la plus fréquente. Il est parfois difficile de reconnaître au milieu du gonflement œdémateux rosé qui envahit l'anus, la fesse, le scrotum et la verge elle-même, si l'on est en présence d'un phlegmon en fer à cheval ou d'une *infiltration d'urine*. La confusion est d'autant plus facile que le patient est souvent apporté à l'hôpital dans un état général grave, que ses réponses sont confuses et que la gêne apportée à la miction est constante dans le phlegmon ischio-rectal. Le maximum de gonflement rayonne autour de l'anus, les deux bourrelets qui l'encadrent sont sonores à la chiquenaude du doigt et à une période plus avancée de l'affection abandonnée à elle-même on aperçoit des perforations spontanées gangréneuses, arrondies comme à l'emporte-pièce. L'œdème dur périphérique, si étendu qu'il soit, reconnaît pour cause une infection partie de la fosse ischio-rectale.

La cause initiale du phlegmon est le plus souvent une ulcération de la partie postérieure et médiane de la filière ano-rectale, ulcération qui a permis l'infection du tissu cellulaire pré-coccygien et des fosses ischio-rectales. Dans ce cas le phlegmon est d'emblée en fer à cheval.

Nous avons dit plus haut que chez la femme nous avons rencontré parfois une autre origine : une inflammation partie de la glande vulvo-vaginale gagne la fosse ischio-rectale du côté correspondant puis secondairement celle du côté opposé.

Des complications graves peuvent se produire qui tiennent à la septicité de ces infections et au peu de résistance du sujet. Les unes sont *locales* comme la gangrène, les infections diffuses, les symptômes de réaction péritonéale (vomissements, obstruction);

les autres *générales*, septicémie avec frissons, agitation, délire et parfois terminaison mortelle.

D'ordinaire les phénomènes généraux cessent ou diminuent à l'ouverture de l'abcès; mais rarement cette ouverture spontanée est suffisante pour permettre une évacuation complète. Des diverticules continueront à se créer causant des abcès secondaires, rendant plus anfractueuse et plus difficile à désinfecter la cavité primitive. La suppuration ayant fait fondre le contenu du creux ischio-rectal, il en résulte un vide, une cavité énorme dont les parois écartées ne peuvent revenir au contact. Si l'abcès était bilatéral, le rectum isolé, disséqué pour ainsi dire, est comme un battant de cloche au milieu de l'espace que limitent les deux ischions. La cavité de l'abcès ainsi béante se réinfecte continuellement et la suppuration continue d'une façon interminable. On a observé également la tuberculisation secondaire de la fosse.

Quand, à la longue, ces abcès finissent par guérir, ils peuvent encore laisser après eux des *complications tardives* :

Des *douleurs* résultant de ce que la cicatrice s'enflamme sous l'influence de la moindre irritation.

Des *déformations*. Par suite de la rétraction cicatricielle il persiste des brides saillantes au fond de l'infundibulum anal, circonscrivant des dépressions cutanées, profondes. Là s'accumulent des malpropretés, des débris épithéliaux et le malade est astreint à des soins de propreté minutieux s'il veut éviter toute complication inflammatoire.

Des *troubles fonctionnels* enfin du côté des organes voisins : vessie, urèthre, vagin ou du côté du rectum lui-même, troubles de la défécation.

Le *pronostic* doit donc toujours être réservé.

Traitement. — Les phlegmons ischio-rectaux doivent être ouverts largement si l'on veut éviter la fistulisation, tout le monde est d'accord sur ce point. Mais faut-il comme pour les phlegmons superficiels les traiter comme des « fistules en perspective » et d'emblée les réunir directement au rectum ?

En sectionnant ainsi toute leur paroi interne à la manière de

FAGET, on sacrifie inévitablement le sphincter et l'on provoque l'incontinence.

Cette incontinence est souvent passagère, je le veux bien; à la longue le sphincter se reconstitue dans la plupart des cas; mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. L'incontinence peut persister définitivement, accompagnée même d'un certain degré de prolapsus. C'est un accident bien fâcheux surtout s'il est prouvé que la section du sphincter n'est pas indispensable et qu'on peut obtenir la guérison sans ce sacrifice.

Des observations nombreuses (TERRIER, BAZY, etc.), prouvent d'une façon certaine qu'une large incision permettant le nettoyage de la poche et l'évacuation bien complète de son contenu, peut être suivie de guérison et que les abcès ischio-rectaux peuvent être traités et guéris comme ceux de toute autre région.

La section du sphincter ne devra donc se faire qu'exceptionnellement, — secondairement lorsqu'après ouverture large il y a fistule ou tendance à la fistulisation, — primitivement lorsque le toucher montre sur la paroi postérieure du rectum la présence d'une ulcération à plus forte raison d'une perforation cause du phlegmon.

On agirait de même lorsqu'un abcès en bouton de chemise présente un diverticule sous-muqueux.

Le malade endormi est placé dans la position dite de la taille; une longue incision antéro-postérieure de 8 à 10 centimètres au moins, parallèle à l'anus et à 3 ou 4 centimètres en dehors de lui, ouvre la base de la fosse ischio-rectale. Le pus étant complètement évacué, l'index¹ légèrement recourbé en crochet explore le prolongement antérieur périnéal, le postérieur fessier; en se guidant sur lui il est facile avec quelques coups de ciseaux de les découvrir tous deux largement. La plaie ainsi bien ouverte, on est à même de l'explorer et de poursuivre tous les prolongements, tous les clapiers. Si l'abcès d'origine superficielle était primitivement sous-cutané-muqueux, il va sans dire que cette

¹ Il est indispensable pour ces opérations septiques de se servir de gants en caoutchouc.

collection sous-muqueuse serait évacuée suivant les règles posées primitivement et que les deux cavités seraient réunies en sectionnant les téguments intermédiaires mais sans intéresser le sphincter.

Lorsque le phlegmon est double, en fer à cheval, deux incisions contourneront en ellipse l'anus pour se rejoindre en arrière de lui et se compléter par une incision médiane postérieure qui va jusqu'au coccyx. Ces incisions doivent être profondes, dépasser les limites de la peau épaissie et poursuivre tous les prolongements. Par cette brèche ainsi largement ouverte s'écoulent des produits sanieux, odorants, bouillonnant de gaz et des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Comment se comporter vis à vis du rectum ? Lorsqu'il existe cette ulcération médiane dont j'ai parlé, il faut d'un coup de ciseaux, sectionner le rectum, au-delà des limites de la perforation. Assurer l'écoulement des liquides au moyen de deux énormes drains, désinfecter la région par des lavages au permanganate de potasse ou à l'eau oxygénée répétés matin et soir, et bourrer l'espace péri-rectal avec de la gaze iodoformée, tels sont les principes du traitement.

Après cette période de désinfection et d'élimination de produits sphacelés, la plaie entre en réparation avec une merveilleuse rapidité et, en moins de six semaines la réparation est complète.

Il est nécessaire de surveiller la cicatrisation de la peau qui, soit en raison de la forme rentrante de la région, soit par le fait de la pression due à la station assise, a de la tendance à faire saillie au dehors. Ces cicatrisations avec chevauchement en dehors de la peau, sont souvent gênantes et parfois douloureuses.

ABCÈS DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR

Étiologie. — *Les uns ont une origine rectale* (cancer, rétrécissement, rectites, etc.); ce sont les moins nombreux. « Ils siègent à la partie inférieure de l'espace pelvi-rectal supérieur en un point où le releveur se trouve immédiatement au contact

du rectum et résultent probablement de lymphangites tronculaires, spécialement au niveau des points où ces troncs lymphatiques subissent un coude extrêmement marqué et se contournent ce qui facilite peut-être la production de thromboses lymphatiques septiques. » (QUÉNU et HARTMANN.)

Les autres viennent des autres organes du petit bassin et reconnaissent pour causes principales une ostéite des parois du bassin, un phlegmon péri-prostatique ou un phlegmon du ligament large.

Ce n'est donc pas à proprement parler une affection du rectum ou s'y rapportant que nous étudions sous le nom d'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, c'est, comme le fait très bien remarquer DELBET, quelque chose de bien plus vaste, c'est tout un groupe de suppurations pelviennes. Vu leur siège ces phlegmons peuvent remonter vers la fosse iliaque, ou, traversant le releveur, descendre et envahir la fosse ischio-rectale, parfois les deux, ou encore filer vers la fesse par l'échancrure sciatique. Plus rarement ils s'étendent vers les régions supérieures dans le tissu cellulaire prévertébral.

Symptômes. — Masqués au début par les symptômes de la maladie causale dont ils relèvent, aucune modification extérieure ne vient indiquer leur existence. Par contre, les symptômes fonctionnels sont très accentués. La douleur est vive, profonde, rendue intolérable par les efforts et surtout par la défécation : la fièvre est intense avec frissons, délire, abattement. On observe encore des troubles gastro-intestinaux, de la dysurie et même de la rétention d'urine, surtout naturellement quand le phlegmon a pour origine une inflammation de la prostate ou des vésicules.

La résolution ne se voit qu'exceptionnellement. Dans les cas graves, l'infection se propage rapidement à tout le tissu cellulaire du petit bassin, à la fosse iliaque, au tissu prévertébral et la mort survient par septicémie. Dans les cas moins sérieux, l'évolution ordinaire est la propagation à la fosse ischio-rectale à travers le releveur, et l'ouverture à l'extérieur comme pour les phlegmons propres à cette dernière région.

L'ouverture peut avoir lieu dans le rectum et la guérison

s'obtenir si l'évacuation est suffisante. Le plus souvent la poche se réinfecte, se vide mal, l'infection se propage vers le périnée ou vers la fosse ischio-rectale en créant de nombreux décollements. Le malade s'affaiblit progressivement et peut mourir de septicémie chronique.

On signale également comme possible l'ouverture dans la vessie, l'urèthre, le vagin.

Dans les cas heureux où le malade survit après l'ouverture spontanée de l'abcès au niveau de la peau, la guérison s'obtient lentement; souvent même il persiste des fistules multiples, dont l'orifice est placé loin de l'orifice anal et dont le trajet irrégulier et sinueux n'a aucune tendance à s'oblitérer.

Diagnostic. — Le *diagnostic* ne peut être fait que par l'examen direct. Le toucher rectal, très douloureux d'ailleurs, permettra de préciser le siège de l'induration et de la douleur. On arrivera ainsi à reconnaître l'origine du phlegmon, altérations du rectum, collection péri-prostatique, phlegmon du ligament large. Il est plus difficile de dépister les ostéomyélites du bassin. Il va sans dire que chez la femme le toucher vaginal peut donner des renseignements très précis et qu'il ne faut jamais négliger de le pratiquer.

Pronostic. — Le *pronostic* est grave, immédiatement par la septicémie, les propagations diverses, secondairement après ouverture, par suite de la persistance de la suppuration et des divers accidents qui peuvent en résulter.

Traitement. — Ces phlegmons doivent être traités différemment suivant leur origine.

Sans entrer dans le traitement des péri-prostatites suppurées disons seulement que les abcès antérieurs ne doivent jamais être ouverts par le rectum, mais par l'incision de la taille prérectale comme l'ont conseillé SEGOND¹ et HARTMANN².

¹ SEGOND. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1885, p. 532.

² In GUILAIN. Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale. *Thèse de Paris*, 1885.

Les phlegmons du ligament large seront ouverts par le vagin. Quant aux phlegmons latéraux, ceux qui ont tendance à envahir la fosse ischio-rectale ou qui l'ont envahie, on peut, s'ils sont nettement unilatéraux, les ouvrir par une incision unique antéro-postérieure, parallèle aux fibres externes du sphincter. On pénètre dans la fosse ischio-rectale et avec le doigt on élargit la boutonnière musculaire qui fait communiquer les deux espaces pelvi-rectaux supérieur et inférieur. L'espace supérieur pourra ainsi se vider complètement surtout si l'on a la précaution de glisser un gros drain très haut, au-dessus du releveur.

Comme le plus souvent l'infection est diffuse, elle a déjà gagné le tissu cellulaire du côté opposé; il est alors plus prudent de faire une incision médiane postérieure qui au niveau de l'anus se bifurque et permet d'ouvrir l'une ou l'autre des fosses ischio-rectales ou toutes les deux, si besoin.

S'il existait une ulcération rectale, il faudrait comme nous l'avons dit plus haut, fendre d'emblée toute la paroi de l'intestin depuis l'ulcération, et même un peu plus haut, jusqu'à l'anus. La réparation se fait assez vite, mais il peut persister un certain degré d'incontinence.

ABCÈS RÉTRO-RECTAUX

Ils ont pour siège le tissu cellulaire situé entre les insertions au sacrum des aponévroses sacro-recto-génitales et accompagnant les branches terminales de l'artère mésentérique inférieure. QUÉNU et HARTMANN les décrivent en insistant sur leur origine rectale et leur situation médiane et postérieure. Tout porte à croire que ce sont des adéno-phlegmons¹ et comme tels rien de surprenant à ce qu'on les voie parfois rétrocéder. La suppuration serait en effet très rare dans les adénites consécutives à la dysenterie (KELSCH et KIENER). Quand elle se produit

¹ Ils auraient pour siège les ganglions ano-rectaux qui accompagnent les branches de bifurcation de l'artère hémorrhoidale supérieure.

la petite collection vient s'ouvrir à la partie postérieure de l'anus.

Ces phlegmons rétro-rectaux sont rares : il n'en existe que peu d'observations : cela tient à ce qu'ils sont encore insuffisamment connus et presque toujours confondus et décrits avec les phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Une incision médiane postérieure permet facilement l'évacuation de ces abcès généralement peu étendus, sans qu'il soit indiqué de fendre la paroi rectale, sauf bien entendu, s'il existe une ulcération.

XIII

FISTULES ANO-RECTALES

Les trajets fistuleux qui viennent s'ouvrir au voisinage de l'anus ne sont pas tous de même origine. Si au point de vue étiologique, il faut réserver le nom de fistules aux trajets contigus au conduit ano-rectal et indépendants de toute altération osseuse, nous verrons plus loin qu'au point de vue des symptômes, il peut y avoir entre ces trajets de grandes ressemblances, qu'ils soient d'origine rectale, génitale, urinaire, ostéopathique ou congénitale.

Anatomie pathologique. — Au point de vue du *siège*, établissons dès maintenant une division capitale entre les *fistules intra* et les *fistules extra-sphinctériennes*.

Les premières sont superficielles, sous-tégumentaires, sous-cutanéomuqueuses.

Les secondes sont profondes, ischio-rectales.

Au point de vue de leur *trajet*, on a coutume de les diviser en fistules *complètes*, quand elles s'ouvrent à la fois au niveau des téguments et dans le rectum ; et en fistules *borgnes*, *internes* ou *externes*, selon qu'elles s'ouvrent uniquement du côté du rectum ou du côté des téguments.

A. FISTULES SUPERFICIELLES. — Les *fistules sous-tégumentaires* ont leur origine dans un décollement superficiel de la peau ou de la muqueuse, décollement qui remonte parfois très loin. A ce décollement fait suite un trajet sous-muqueux en rapport par sa surface externe avec le sphincter qu'il n'intéresse jamais.