

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.

Le trajet peut être *simple*, et s'ouvrir en différents points, réalisant les types de fistules dont nous avons parlé précédemment (fistule complète, borgne interne ou borgne externe).

Ce trajet simple peut dans certains cas se trouver modifié : parfois, en arrivant près de l'anus, il se complique de galeries

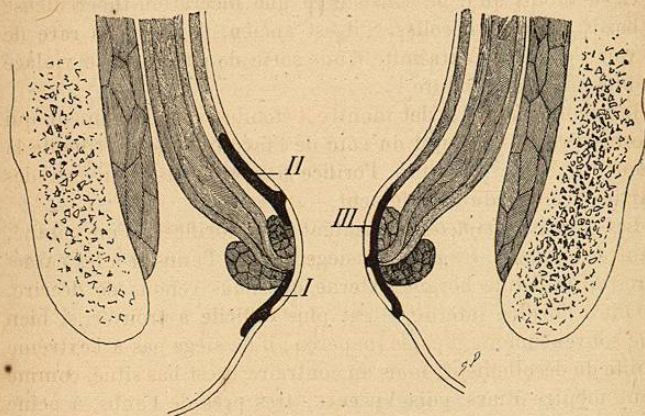


Fig. 17.

Fistules sous-tégumentaires (FAURE et RIEFFEL), modifié.

I, Fistule borgne interne. — II, Fistule borgne externe. — III, Fistule complète.

latérales qui peuvent aller s'ouvrir plus ou moins loin du point d'origine, au niveau du périnée, de la face interne des cuisses, des bourses, du coccyx, etc. La fistule est alors *complexe*; elle peut présenter des dispositions multiples : QUÉNU et HARTMANN distinguent des fistules latérales en **V** et en **Y** (unilatérales) et des fistules commissurales ou en fer à cheval (bilatérales). ALLINGHAM compare ces fistules entrecroisées, irrégulières à des garennes de lapins; mais il faut remarquer que s'il y a multiplicité des trajets superficiels, il n'y a qu'un seul point de départ à l'origine, le décollement sous-muqueux.

La *fistule borgne interne* présente d'ordinaire un orifice bas situé dans le canal anal; large, il est facile à reconnaître par

le toucher rectal; étroit, il peut être très difficile à découvrir.

La *fistule borgne externe* ressemble aux précédentes; mais le décollement est sous-cutané. L'orifice situé à l'extérieur est visible à condition toutefois de déplisser les plis radiés au fond desquels il se cache quelquefois; il est latéral, rarement médian; il est petit, à moins qu'il ne consiste en une ulcération tuberculeuse à bords amincis, décollés. S'il est ancien, il n'est pas rare de le voir s'ouvrir à l'extrémité d'une sorte de cul-de-poule violacé et plus ou moins induré.

L'exploration au stilet montre l'étendue du décollement qui d'ordinaire existe plutôt du côté de l'intestin que du côté de la peau; en d'autres termes, l'orifice fistuleux est au niveau des parties déclives du décollement.

Les *fistules complètes* présentent deux orifices, l'un cutané, l'autre muqueux. Le premier siège près de l'anus et a les caractères de la fistule borgne externe que nous venons de décrire. Quant à l'orifice interne, il est plus difficile à trouver, si bien que souvent même il passe inaperçu; il ne siège pas à l'extrême limite du décollement, mais au contraire il est bas situé, comme l'ont montré RIBES, puis VELPEAU, très près de l'anus, à peine au-dessus du bord inférieur du sphincter; cette disposition est importante à connaître au point de vue thérapeutique, une incision réunissant les deux orifices devant être insuffisante à cause du décollement profond (voy. fig. 17).

Dans des cas plus rares, les deux orifices sont cachés dans le canal anal; la fistule toute entière est sous-muqueuse, c'est la *fistule bimuqueuse* (QUÉNU et HARTMANN).

Quelle est la fréquence de ces différentes variétés? Les fistules borgnes internes sont incontestablement les plus rares. Quant aux autres, QUÉNU et HARTMANN de même que BECK, STROMEYER, SCZYMANOUSKY, pensent que les fistules complètes sont les plus fréquentes; mais il faut savoir chercher l'orifice profond dont la méconnaissance explique les résultats différents des diverses statistiques.

B. FISTULES PROFONDES. — A côté de ces fistules sous-tégumentaires, il y a les *fistules profondes* dont le siège est dans le

tissu cellulaire péri-rectal; ce tissu cellulaire, le muscle releveur de l'anus le divise en deux étages (espace pelvi-rectal supérieur et espace pelvi-rectal inférieur ou fosse ischio-rectale), d'où deux sortes de fistules toutes deux *extra-sphinctériennes*, c'est là leur caractère essentiel.

Les suppurations du creux ischio-rectal font fondre la masse du

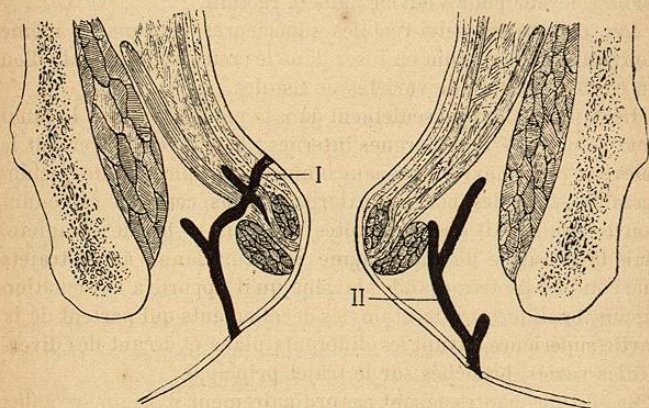


Fig. 18.

Fistules extra-sphinctériennes (FAURE et RIEFFEL).

I, Fistule complète. — II, Fistule borgne externe.

tissu cellulaire qui remplit ce creux et quand elles s'ouvrent à l'extérieur, il en résulte une vaste cavité aboutissant à un petit orifice situé plus ou moins sur le côté de l'anus; c'est une véritable fistule borgne externe; mais cette fistule peut se compléter, l'abcès s'ouvrant également dans le rectum, soit au-dessous du bord inférieur du releveur à travers le sphincter, ce qui est rare; soit au-dessus du sphincter, ce qui est la règle, en traversant ainsi le releveur près de son insertion et en intéressant l'espace pelvi-rectal supérieur.

Les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur peuvent siéger dans une des trois loges que les aponévroses sacro-recto-génitales limitent dans cet espace.

Les fistules consécutives aux abcès de la loge rétro-rectale sont très rares, à moins qu'elles ne reconnaissent pour point de départ une lésion osseuse du sacrum ou du coccyx et nous verrons plus loin combien dans ce cas leur disposition est complexe.

Nous avons vu que les collections de la fosse ischio-rectale pouvaient s'ouvrir à la peau d'une part, et d'autre part traverser le releveur pour s'ouvrir dans le rectum.

Les collections pelvi-rectales supérieures peuvent de même s'ouvrir dans le rectum ou fuser dans le creux ischio-rectal; d'où un certain nombre de variétés de fistules.

Les unes, s'ouvrant seulement dans le rectum ou dans le canal anal sont des fistules borgnes internes; les autres, traversant le releveur vont s'ouvrir à la peau comme les simples fistules ischio-rectales — fistules borgnes externes. Dans certains cas enfin, l'ouverture se fait des deux côtés à la fois — fistule complète. Mais la présence du diaphragme releveur donne à ces trajets une complexité très grande; la gêne qu'il apporte à l'évacuation du pus, explique la dilatation des décollements qui partent de la partie supérieure clivant les différents plans et créant des diverticules variés, branchés sur le trajet principal.

Ces fistules hautes ne sont pas ordinairement d'origine rectale; elles viennent de la prostate, des vésicules séminales, des parois osseuses du bassin; leur trajet irrégulier peut les faire s'ouvrir très loin de leur point de départ par des orifices multiples. Quand elles sont anciennes elles sont indurées, calleuses; la palpation permet de les suivre comme un cordon qui s'enfonce dans la profondeur. La réinoculation incessante des parois produit de nouveaux abcès et de nouveaux trajets: à côté, d'autres trajets peuvent disparaître, en ne laissant comme trace qu'une cordelette fibreuse. Les tissus voisins sous l'influence de ce travail d'irritation prolongé, s'altèrent, se sclérosent et les vaisseaux sanguins ou lymphatiques n'échappent pas à ce travail d'inflammation chronique.

ETUDE HISTOLOGIQUE. — QUÉNU et HARTMANN ont étudié soigneusement au point de vue histologique ces trajets enlevés par excision; ils ont pu suivre le travail de transformation qui change la paroi de l'abcès en fistule bien constituée où la division en

deux couches est nette : une externe, fibreuse à faisceaux concentriques ; une interne plus ou moins épaisse formée d'un stroma fibroïde, de cellules rondes et de nombreux capillaires, en partie épidermisée en certains points par de l'épithélium pavimenteux stratifié.

On ne rencontre guère de micro-organismes que dans les fistules tout à fait récentes ; ils ne tardent guère en effet à disparaître ou tout au moins à se raréfier extrêmement peu après l'ouverture des abcès.

La nature tuberculeuse de certaines fistules est établie par l'examen histologique qui montre des granulations typiques dans lesquelles le microscope découvre des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et des bacilles (SCHUCHARDT<sup>1</sup>). Les inoculations positives de VOLKMANN et de GANGOLPHE et de FRANCOU<sup>2</sup> la mettent hors de doute.

**Étiologie.** — Les fistules ano-rectales sont très fréquentes, elles s'observent beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme dans la proportion d'environ 70 p. 100, proportion variable d'ailleurs suivant les auteurs. Rappelons que BALL les évalue à environ 1/6<sup>e</sup> de l'ensemble des affections rectales et ALLINGHAM aux 2/3 des maladies du rectum qu'il a observées.

Elles peuvent se rencontrer à tout âge, mais on les observe surtout chez l'adulte entre trente et quarante ans. Très rares chez l'enfant on n'en connaît que quelques observations rapportées dans les thèses de DURAN-BORDA<sup>3</sup>, de VIGNE<sup>4</sup>, dans le mémoire de GREFFRATH<sup>5</sup> et dans l'ouvrage de QUÉNU et HARTMANN.

Les causes en sont multiples, mais elles sont loin d'avoir toutes la même importance.

*Tantôt la fistule succède à un phlegmon de la région, phlegmon*

<sup>1</sup> SCHUCHARDT. Ueber die tuberk. Mastdarmfistel. *Samml. klin. Vorträge*, n° 290.

<sup>2</sup> FRANCOU. *Thèse de Lyon*, 1883-84.

<sup>3</sup> DURAN-BORDA. De la fistule anale chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1882.

<sup>4</sup> VIGNE. Des fistules anales chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1889.

<sup>5</sup> GREFFRATH. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XXXI.

dont nous avons vu plus haut les origines nombreuses, ulcérations, corps étrangers, traumatismes, perforations du rectum, etc.

*Tantôt la fistule se produit à froid* pour ainsi dire, sans douleurs, sans phénomènes réactionnels ; elle est l'évolution d'une gomme tuberculeuse, la suite d'un abcès froid. C'est ordinairement une localisation secondaire d'un état général et les statistiques nous montrent leur fréquence chez les tuberculeux avérés (GREFFRATH, 16 p. 100 ; ALLINGHAM, 14 p. 100 ; HARTMANN, 5 p. 100). Le rôle de la tuberculose est encore démontré d'une façon plus nette par les relevés de DOUGLAS POWELL<sup>1</sup> et d'HARTMANN qui, sur 400 phtisiques, comptent environ 5 fistuleux (CRIPPS donne 10 à 15 p. 100 ; BODENHAMER, 13 p. 100 ; ALLINGHAM, 14 p. 100 ; GREFFRATH, 14 p. 100 ; TAYLOR, seulement 1 p. 100<sup>2</sup>).

Dans quelques cas la fistule peut être et rester longtemps la manifestation première de la tuberculose, sans que l'état général du sujet en soit nullement influencé (HARTMANN<sup>3</sup>).

La syphilis produit, beaucoup plus rarement il est vrai, des fistules dont l'évolution est à peu près calquée sur les précédentes : petite gomme péri-anale, ramollissement, ouverture, fistule. VERNEUIL<sup>4</sup> en a publié plusieurs exemples.

D'autres fistules sont liées à des brides, à des rétrécissements d'origine congénitale ; nous les étudierons ailleurs.

On a encore signalé comme cause d'abcès, sinon de fistules, les solutions de continuité survenant à la suite de la rupture d'un lobule hémorroïdaire enflammé (DUPLAY), l'inflammation ulcéreuse de hernies de la muqueuse se faisant à travers les fibres musculaires du rectum (hernies tuniques de CRUVEILLIER). Ce sont des causes possibles mais certainement exceptionnelles.

**Pathogénie.** — Quelle que soit l'origine de l'abcès initial y a-t-il fistule dès que cet abcès s'est ouvert ? Tout trajet suppurant est-il une fistule ? Non, il faut pour cela que le processus répa-

<sup>1</sup> DOUGLAS POWELL. *Diseases of the lung and pleura*, London, 1886.

<sup>2</sup> J. ROUX. *Thèse de Paris*, 1899.

<sup>3</sup> HARTMANN. De la tuberculose anale. *Rev. de Chir.*, 1894, p. 2.

<sup>4</sup> VERNEUIL. *Gaz. des Hôp.*, 1886, p. 202.

rateur qui tend à combler la cavité soit arrêté dans son évolution et ne fasse plus aucun progrès.

Pourquoi l'oblitération se fait-elle si mal, pourquoi la fistulisation est-elle fréquente au point d'être la règle dans les abcès de cette région ?

On a incriminé le défaut de fixité du rectum, le glissement de la muqueuse au moment de la défécation, les alternatives de réplétion et de vacuité du rectum, la tendance à la stase dans les veines de la région (ALLINGHAM), etc., toutes causes sans valeur. L'écartement des parois du creux ischio-rectal empêchant ces parois épaissies de revenir au contact quand la suppuration a détruit le contenu cellulo-graisseux, favorise évidemment l'apparition de certaines fistules, mais ceci répond déjà à un fait exceptionnel.

*Il y a deux causes importantes de fistulisation : l'infection renouvelée, la tuberculose.*

On sait le peu de tendance à la guérison que présentent par elles-mêmes les lésions tuberculeuses et les fistules consécutives aux abcès froids s'observant sur tous les points de l'organisme. Ici le processus est mixte ; à l'infection tuberculeuse se joint bientôt une infection secondaire, qui suffirait à elle seule d'ailleurs à provoquer la fistulisation.

Pour les fistules complètes, le contenu septique de l'intestin joue continuellement le rôle d'un corps étranger infecté et situé au fond du trajet (QUÉNU et HARTMANN).

Il en est de même pour les fistules borgnes internes. Quant aux fistules borgnes externes, la cause est la même bien qu'elle apparaisse moins nettement au premier abord. C'est toujours la réinoculation qui se fait d'autant plus facilement que l'abcès en se resserrant « ne se canalise pas d'une façon uniforme et laisse de petites cavités échelonnées, véritables réservoirs à virulence qui vident incomplètement leur contenu ».

On peut en effet arriver parfois à guérir ces fistules en les dilatant, en les grattant, en irritant leurs parois comme le fait TUTTLE<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> TUTTLE. The treatment of ano-rectal fistule. *New-York, Med. Journ.*, 1893, t. LVIII, p. 1.

**Symptômes** — Le début est celui de l'abcès cause de la fistule.

Tantôt, c'est un phlegmon de la région ano-rectale qui s'ouvre à l'extérieur ; le malade est soulagé mais la guérison complète n'arrive pas, il persiste une suppuration interminable.

Tantôt c'est un abcès froid qui se développe insidieusement à l'insu du sujet, qui se trouve un jour porteur d'une fistule sans pouvoir indiquer la date précise du début des accidents. Il n'a pas souffert, il n'a pas interrompu son travail : tout au plus se plaint-il de quelques démangeaisons à l'anus, d'un peu de pesanteur, de ténésme. Ce qui le gêne le plus, c'est l'*écoulement de pus*. écoulement incessant qui tache les vêtements irrite les téguments et présente une certaine odeur. Cette suppuration continuelle devient pour lui un sujet d'inquiétude, de préoccupation constante et chez certains individus prédisposés par quelque hérédité ou quelque tare nerveuse, on l'a vu conduire à l'hypochondrie.

La *douleur* est nulle quand le trajet est librement ouvert et qu'il permet l'évacuation facile du pus sécrété ; mais, de temps à autre il y a de la rétention et des poussées aiguës viennent interrompre la marche chronique de l'affection.

Est-ce à la rétention seule qu'est due l'augmentation de virulence du contenu de la partie supérieure du trajet devenue pour ainsi dire cavité close, est-ce à une infection secondaire plus virulente dont le rectum malpropre, souillé de liquides diarrhéiques serait le point de départ ? Il est probable que les deux causes se trouvent souvent réunies.

Quoi qu'il en soit, pendant ces réveils de l'infection, la région s'empâte, se tuméfie, devient chaude et douloureuse au point que le malade ne peut plus s'asseoir, qu'il redoute tous les efforts, en particulier ceux que nécessite la défécation. Puis il se produit une sorte de débâcle, la suppuration se rétablit et tout rentre à peu près dans l'ordre. Les malades remarquent les causes de ces crises et vous disent fort bien que tant que la fistule coule, ils ne souffrent pas, mais qu'au contraire la douleur survient dès qu'il y a rétention.

Ces poussées aiguës n'auraient guère d'inconvénients à part les douleurs qu'elles occasionnent, si la rétention n'était pas la