

l'aide de lavages antiseptiques. De cette façon il a été quelquefois possible de désagréger la masse. PRUNAC s'est bien trouvé d'injecter un siphon d'eau de Seltz dans une occasion analogue.

1° *Extirpation par les voies naturelles.* — La thérapeutique variera suivant que : 1° les corps étrangers seront volumineux, solides ou fragiles; 2° réguliers et pointus; 3° irréguliers.

Les objets volumineux et fragiles (verres, bouteilles, etc.) sont assez difficiles à saisir et par suite à extraire; ils peuvent en outre se briser pendant les manœuvres et déterminer des hémorragies graves. CLOQUET eut recours à la dilatation simple pour enlever une chope; il ne fallut pas moins de quatorze doigts pour amener une dilatation suffisante de l'anus. BUZZONI se servit d'un buse de baleine pour retirer une tasse à café. Si l'on voulait employer des pinces il serait bon de les garnir de linge pour faciliter la préhension. Des pinces dilatatrices comme celles qui servent dans la trachéotomie seront utiles lorsqu'il s'agit de fioles. CUMANO, VELPEAU, NÉLATON, DÉSORMEAUX, LE FORT, SIREDEY ont dû prendre le forceps pour extraire des verres, des bouteilles; l'opéré de VELPEAU mourut d'un phlegmon pelvien. POLLACK perça le fond d'une bouteille de champagne et retira à l'aide d'un crochet ce corps étranger qui était resté un mois dans le rectum. Rappelons enfin l'observation de NOLET qui eut recours à la main d'un enfant. Seulement dans des circonstances désespérées on serait autorisé à briser le corps étranger avec le céphalotribe, le lithotriteur (MANUNTA); au besoin la rectotomie linéaire postérieure devra être pratiquée.

Une partie de ces difficultés n'existe plus pour les corps étrangers volumineux et résistants, la grosse question est de les saisir convenablement et de leur créer une issue. Après avoir dilaté l'anus ou l'avoir sectionné en arrière, le chirurgien peut se servir de fortes pinces de Museux, de tenettes ou même de forceps. Dans quelques circonstances on s'adressa à la vrille ou au tire-fond, pour retirer des corps étrangers en bois (SAUCEROTTE). La conduite du chirurgien sera différente dans les cas de corps étrangers pointus et réguliers, suivant qu'il y a ou non une perforation du rectum. Si l'une des extrémités fait saillie au dehors il est indiqué d'agrandir l'ouverture et de pratiquer l'extraction par cette voie. ROTHMUND opéra ainsi pour retirer un cylindre de fer de 0<sup>m</sup>, 23 et LE DENTU un couteau ouvert. On peut encore dégager de bas en haut l'extrémité perforante et la ramener par l'anus. REYNOLD enleva de cette manière une épingle à cheveux qui avait perforé la cloison recto-vaginale; s'il était possible de sectionner le corps étranger, les fragments seraient isolément extraits.

Ces divers procédés ne sauraient s'appliquer à certains objets irréguliers; MARCHETTIS se servit d'un roseau creux pour retirer la queue de cochon dont il a été question plus haut.

Les résultats de l'extraction par les voies naturelles sont quelquefois défavorables; les manœuvres exigent dans certains cas beaucoup de force et font courir des risques aux malades; cependant les morts paraissent rares et il ne serait pas juste d'attribuer à l'opération des dégâts et des accidents qui sont le résultat du séjour du corps étranger.

2° *Extraction par la voie abdominale.* — Cette intervention hardie est seulement indiquée dans les cas où le corps étranger ne peut être atteint par le rectum; la laparotomie n'a été pratiquée que quatre fois. REALLI (1848) retira un morceau de pieu en incisant l'abdomen sur le côté gauche; STUDSGAARD réussit également à extraire par ce moyen une fiole à champignons. VERNEUIL fit une incision sur la ligne blanche chez un malheureux qui s'était introduit un volumineux morceau de bois par l'anus; il fut impossible de mobiliser le rectum et on se servit de la plaie abdominale pour faciliter l'extraction par l'anus débridé. Malgré les manœuvres de force qu'il fallut employer, la guérison fut rapide. En 1881 GENTILHOMME (*Union méd. du Nord-Est*, 1881) retira par la laparotomie un morceau de bois de 20 centimètres; l'opéré guérit en treize jours.

## CHAPITRE II

### AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ANUS ET DU RECTUM

**Bibliographie.** — FAGET, FOUBERT, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. 1<sup>er</sup>. — J.-L. PETIT, *Œuvres posthumes*, t. II, p. 117, 1790. — REQUIN, *De la rectite*, in *Path. méd.*, 1843. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*, Paris, 1857, t. II, p. 373. — LANNE-LONGUE, *Soc. de chir.*, 1878. — Thèses de Paris. — 1832, DANYAU (Conc.). — 1839, LHOMME. — 1840, LARRUE. — 1842, PARISE. — 1843, CHASTEAU. — 1846, SOULI. — 1853, BERTHERAND. — 1873, ARDILOUZE, POZZI. — 1878, JALABERT. — 1879, VASY. — 1880, SEGOND. Consulter les traités généraux et les articles des *Dictionnaires*.

Les lésions inflammatoires sont : 1° l'érytème, 2° la rectite, 3° les phlegmons de l'anus et du rectum.

#### § 1<sup>er</sup>. — Érytème et affections prurigineuses

La région anale est souvent le siège d'inflammations superficielles dues à des causes multiples. L'irritation produite par des matières diarrhéiques détermine une rougeur douloureuse et même de petites excoriations; un grand nombre de maladies de l'anus et du rectum s'accompagnent d'érytème. La malpropreté, les sueurs abondantes, les marches prolongées, la constipation y prédisposent. Cette affection se traduit par des démangeaisons vives, un prurit incommodé, du ténésme ou des fourmillements. En explorant la région, on la trouve rouge, humide, par suite de la sécrétion abondante et fétide; çà et là existent des vésicules d'eczéma ou d'herpès. Il suffira habituellement de traiter la maladie première pour faire disparaître l'inflammation. Les soins de propreté, les lavages fréquents, l'interposition d'un linge, de poudres inertes ou astringentes dans le pli fessier (lycopode, amidon, tannin) faciliteront la guérison. Les bains de siège, les cataplasmes d'amidon, de mie de

pain, conviennent dans les cas plus aigus. On a encore vanté les lotions avec l'eau blanche, les solutions faibles de nitrate d'argent, le glycérolé d'amidon, l'iodoforme (2 grammes pour 30 grammes de vaseline et 2 grammes de benjoin).

### § 2. — Rectite

La rectite peut être liée à une affection du tube digestif, mais elle reconnaît ordinairement pour cause une altération locale; maintes fois elle succède à la présence d'un corps étranger, de scybales, d'hémorroïdes, d'oxyures; dans quelques circonstances la rectite est due à un agent spécifique et plusieurs auteurs ont soutenu que, chez les pédérastes, la blennorrhagie pouvait se propager à l'anus et au rectum (BONNIÈRE). Tantôt circonscrite, tantôt diffuse, l'inflammation intéresse suivant les cas une ou plusieurs tuniques; l'épithélium tombe, le tissu sous-muqueux s'œdématie, s'infiltré de leucocytes, devient le siège d'abcès et d'ulcérations. Douleurs locales persistantes ou irradiées dans les régions voisines, et même aux cuisses, constipation suivie de diarrhée, épreintes, ténésme, expulsions de mucosités sanguinolentes et purulentes surtout dans la blennorrhée, tels sont les symptômes communs de cette maladie. Elle est remarquable par sa tendance à passer à l'état chronique et à engendrer des phlegmons, des ulcérations, des fistules et plus tard des rétrécissements.

Des lavements émollients et opiacés, quelques sangsues au pourtour de l'anus, les bains de siège prolongés conviennent dans les premières périodes; les astringents, les lavements à l'eau blanche, au ratanhia seront indiqués dans la rectite chronique. Quant aux ulcérations et aux autres complications, nous reviendrons sur leur traitement.

### § 3. — Phlegmons et abcès de la marge de l'anus

Suivant leur siège et leur cause on en distingue trois variétés: 1° les abcès tubéreux; 2° les phlegmons sous-tégumentaires; 3° les abcès phlébitiques.

1° *Abcès tubéreux.* — Le point de départ de cette affection est mal connu; l'origine de ces petits abcès a été localisée dans la face profonde du derme, dans les glandes de la région, sans doute par analogie avec les abcès tubéreux de l'aisselle. Toutes les irritations dues à l'acreté des sécrétions pathologiques péri-anales, le contact des liquides vaginaux de la femme paraissent être les causes communes de cette maladie. On l'a vue procéder par poussées et coïncider avec l'apparition des règles; en outre elle serait assez fréquemment liée à un état général mauvais. L'inflammation, bien circonscrite, est intéressante par sa tendance à proéminer au pourtour de l'anus, sous la forme de boutons arrondis, gros comme une noisette, rouges, acuminés; la douleur, surtout marquée au moment de la défécation, fait rarement défaut. Au bout de peu de jours l'abcès se crève en donnant issue à un pus séreux, sanguinolent, fétide. La marche ultérieure de la petite plaie cavitaire varie suivant l'état général; si le plus souvent tout rentre dans l'ordre en peu de jours, chez les ma-

lades épuisés les décollements persistent et d'autres abcès tubéreux succèdent au premier.

2° *Abcès de la marge proprement dits.* — Dans cette variété, la plus commune, l'inflammation moins bien circonscrite a pour siège les couches superficielles sous-tégumentaires. Aux causes que nous mentionnons plus haut, il faut ajouter les traumatismes (chutes, coups de pied), l'équitation prolongée, la présence de corps étrangers pointus (arêtes de poissons, noyaux), les hémorroïdes.

L'appareil symptomatique de ces abcès diffère notablement; on constate une vive douleur, des élancements, de la constipation, la difficulté de la défécation et de la miction, un état général grave; les malades gardent le décubitus latéral et appréhendent la plus légère exploration. Plusieurs jours après apparaît une tumeur luisante, rouge violette, mal circonscrite, entourée d'un gonflement assez étendu. La symptomatologie est tout autre dans beaucoup de cas; en dehors d'une légère pesanteur, l'affection évolue en quelque sorte à l'insu du patient, qui ne s'aperçoit de son existence qu'après l'ouverture. Quelle que soit la variété, la collection soulève peu à peu les téguments, devient fluctuante et tend à s'ouvrir dans le rectum ou au-dessous du sphincter; le pus fétide est parfois mélangé de gaz; nous verrons que c'est là un mode fréquent de formation des fistules borgnes externes, borgnes internes ou complètes. Dans les circonstances favorables et sous l'influence d'un traitement convenable, les parois de la cavité bourgeonnent et la suppuration se tarit.

Le meilleur moyen de s'assurer des limites et de la nature de la maladie consiste à pratiquer le toucher rectal d'après le conseil de CHASSAIGNAC; il est possible de se rendre compte de l'existence du pus et de percevoir la fluctuation avec les doigts de l'autre main.

3° *Abcès phlébitiques.* — Cette dernière variété se développe dans un diverticule hémorroïdaire isolé, dont le sang est thrombosé. Ces abcès forment des tumeurs sus-sphinctériennes du volume d'une noisette, bien circonscrites; ils sont remarquables par la lenteur de leur évolution et la production ultérieure de fistules borgnes internes.

**Traitement.** — Le traitement abortif des inflammations péri-anales, sangsues, purgatifs, lavements, échoue le plus souvent, et quelle que soit la variété il faut donner issue au pus dès qu'il est formé; en attendant, on aura recours pour soulager les malades aux lavements opiacés, aux bains de siège, aux cataplasmes d'amidon, à la pommade belladonnée, etc. Dans tous les cas, il est indiqué de ponctionner l'abcès et de débrider ensuite. CHASSAIGNAC préconisait l'incision radiée dirigée vers l'anus comme dans l'opération de la fistule; d'autres ne débrident le sphincter que s'il existe un décollement susceptible de faire craindre la formation d'une fistule.

### § 4. — Phlegmons profonds

Les notions anatomiques sont indispensables pour comprendre le siège, les variétés et l'évolution des phlegmons péri-rectaux; nous rappellerons que

le muscle releveur de l'anus a grossièrement la forme d'un entonnoir dont la partie évasée s'insère en haut à l'aponévrose de l'obturateur interne; son extrémité inférieure rétrécie se confond avec le sphincter interne de l'anus. Ce plan musculaire, renforcé par des aponévroses, divise donc la partie postérieure du petit bassin en deux espaces, l'un l'espace pelvi-rectal supérieur, l'autre inférieur au releveur, encore appelé creux ischio-rectal. Nous aurons à étudier isolément les affections des deux espaces pelvi-rectaux.

#### 1° PHLEGMONS ET ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL

Les causes de ces inflammations sont nombreuses et souvent obscures. Aux traumatismes externes (coups, contusions) ou internes (perforations) s'ajoutent un grand nombre de lésions profondes du rectum ou des organes voisins. MALGAIGNE a parlé d'un phlegmon survenu à la suite d'une fausse route produite par une canule à lavement; les ulcérations de diverses natures, la convalescence des fièvres graves, les affections prostatiques (SEGOND), les infiltrations d'urine, les ruptures de l'urètre, les hémorroïdes, l'accouchement prédisposent également à ces phlegmons. Enfin quelques variétés reconnaissent pour cause une altération chronique et suppurée des os voisins (abcès ostéopathiques).

**Anatomie pathologique.** — Les phlegmons ischio-rectaux sont remarquables par leur peu de tendance à se porter vers la peau; cela tient d'une part à l'abondance du tissu cellulaire adipeux; d'autre part à l'épaisseur de la peau et à la présence de tractus cellulaires qui, de la face profonde du derme s'enfoncent dans le tissu sous-cutané. Aussi voit-on, dans certains cas, toute l'atmosphère celluleuse détruite par la gangrène ou la suppuration sans tuméfaction très marquée des téguments. La constitution de la région permet encore d'expliquer la marche de l'inflammation; en dehors, l'ischion recouvert par l'obturateur interne et son aponévrose oppose une barrière à la marche de l'inflammation; en haut le releveur de l'anus ne se laisse pas aisément traverser; il n'en est pas de même en avant et en arrière, de sorte que le phlegmon d'un creux ischio-rectal a tendance à se propager à celui du côté opposé; le rectum entier se trouve alors entouré par la suppuration.

L'inflammation ne respecte pas constamment les limites naturelles et on l'a vue se porter en haut, dans l'espace pelvi-rectal supérieur, en dedans vers le rectum, en avant, dans la région périnéale inférieure, en arrière, vers le grand fessier.

**Symptômes.** — Si la marche anatomique des phlegmons profonds est bien connue, il s'en faut qu'il en soit ainsi des différentes formes de l'affection. Il y aurait lieu en effet de distinguer les phlegmons diffus, septiques, résultant d'une infiltration d'urine des phlegmons circonscrits. Tout autre est leur évolution; dans le premier cas, les phénomènes généraux, l'intoxication putride dominant la scène et le malade succombe presque toujours avant la suppuration. La seconde variété, la plus commune, a été bien décrite par CHASSAIGNAC. Ses débuts sont obscurs, marqués seulement par des douleurs pulsatiles dans

le périnée, la difficulté et même l'impossibilité de la défécation; puis surviennent la fièvre, un état gastrique très prononcé. Durant cette phase initiale le phlegmon évolue profondément, ne manifestant sa présence que par des symptômes subjectifs, des troubles fonctionnels, de la dysurie; à peine constate-t-on du côté de la peau un gonflement dur et une rougeur diffuse étendue de l'anus à l'ischion, du coccyx au pubis, principalement sur l'un des côtés. La durée de cette période varie entre trois ou quatre jours et plusieurs semaines; le chirurgien peut trouver à ce moment un certain degré de ramollissement de la peau, et dans quelques cas des phlyctènes ou une plaque gangreneuse au niveau du creux ischio-rectal, mais la fluctuation n'est pas perceptible; en même temps que la collection se forme, les symptômes généraux s'amendent légèrement, c'est alors que les décollements dont nous parlions plus haut se produisent, si la collection n'est pas ouverte. Abandonné à lui-même, après avoir isolé le rectum sur une plus ou moins grande étendue, le phlegmon perce cet organe à quelques centimètres au-dessus de l'anus, ou encore fuse sous la muqueuse qu'il décolle avant de la perforer en donnant lieu à l'abcès en bissac. Le pus de ces abcès, toujours fétide, est ordinairement mélangé à des gaz.

On ne se rend pas compte au premier abord des dégâts produits par ces phlegmons, c'est seulement à la période d'élimination que le chirurgien arrive à reconnaître la gravité de l'affection. La fosse ischio-rectale se vide complètement, les lambeaux sphacelés du tissu cellulaire s'éliminent. Peu à peu les malades s'épuisent, les fonctions digestives périclitent, la défécation reste pénible, douloureuse. Ces troubles sont encore bien plus marqués lorsqu'il s'agit de phlegmons circulaires. Le rectum isolé de toutes parts pend à la façon d'un battant de cloche au milieu des parois du petit bassin dénudé. La cicatrisation de cette plaie, habituellement très lente, expose à un certain nombre d'accidents ultimes; tels sont les fistules, les rétrécissements cicatriciels, l'incontinence des matières, les troubles des fonctions urinaires.

Il existe une dernière variété beaucoup plus insidieuse; elle est due tantôt à la perforation du rectum et à l'accumulation de matières fécales dans l'espace pelvi-rectal inférieur, tantôt à une lésion osseuse de voisinage; l'affection évolue lentement. J.-L. PETIT, TILLAUX, entre autres, en ont rapporté des exemples, et il est parfois difficile de soupçonner l'étendue des désordres profonds.

**Traitement.** — L'expérience a démontré qu'il fallait ouvrir de bonne heure les phlegmons de l'espace pelvi-rectal; sur ce point tout le monde est d'accord. Les divergences des auteurs commencent dès qu'il s'agit de savoir si l'on doit se borner à la simple incision du foyer ou faire la section simultanée des téguments et de la paroi rectale. A cet égard les auteurs se séparent en deux camps. Les uns, avec FAGET, J.-L. PETIT, VERNEUIL, veulent qu'on incise le rectum afin de faciliter le recollement de la paroi dénudée, et pour éviter la formation de fistules complètes que l'on traite ainsi préventivement. Les autres, avec FOUBERT, BOYER, D. MOLLIÈRE, ne croient pas la section du rectum indispensable, l'accusent de faire courir des dangers, d'exposer à l'hémorragie et à l'incontinence des matières. A vrai dire, dans leur pratique, la plupart

des chirurgiens sont éclectiques et après avoir largement débridé ils ne fendent le rectum que s'il est dénudé. C'est au thermocautère qu'on donnera la préférence pour toutes les incisions.

### 2° PHLEGMONS DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR

**Bibliographie.** — Thèses de Paris, 1873, POZZI. — 1879, VASY.

Ces phlegmons étaient assez mal connus avant les travaux de RICHET, S. POZZI, LANNELONGUE, etc. On sait aujourd'hui que le tissu cellulaire compris dans l'espace pelvi-rectal supérieur, c'est-à-dire entre le releveur de l'anus en bas et le péritoine en haut, est susceptible de s'enflammer. Parmi les causes ordinaires de ces inflammations, nous citerons la constipation opiniâtre admise par RICHET, VASY, les ulcérations rectales simples ou diathésiques, les lésions produites par les corps étrangers, les traumatismes accidentels ou opératoires, la phlébite des veines hémorroïdales, l'adéno-phlegmon des ganglions postéro-latéraux du rectum, enfin une carie ou une nécrose du sacrum, plus rarement des vertèbres.

**Anatomie pathologique.** — Il en existe deux formes : l'une circonscrite, l'autre diffuse, que nous étudierons plus loin sous le nom de cellulite pelvienne. Grâce aux données anatomiques, il est possible de se rendre compte des limites de ces phlegmons ; en avant la prostate et les vésicules séminales sont intimement réunies au rectum par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers. Les abcès trouvent difficilement en ce point un terrain favorable à leur développement.

**Symptômes.** — Le début insidieux de l'affection peut quelquefois passer inaperçu ; en tous cas la profondeur de la région explique l'absence de signes objectifs ; pesanteur et douleurs dans le bassin, constipation ou défécation très pénible à de longs intervalles, tels sont les signes fonctionnels classiques. Presque toujours il y a en même temps de la fièvre, des symptômes gastriques et des frissons qui annoncent la suppuration. Bien que l'inflammation ne se propage pas aux voies urinaires, la dysurie ne fait presque jamais défaut.

Tous ces symptômes sont susceptibles de disparaître, et l'on a vu des adéno-phlegmons se terminer par résolution. Quand le phlegmon aboutit à la suppuration, les symptômes généraux se calment un peu, la collection augmente ; le doigt introduit par l'anus peut sentir à 0<sup>m</sup>,04 ou 0<sup>m</sup>,05 au-dessus du sphincter, latéralement et en arrière, un gonflement dur, élastique, saillant dans le rectum.

Ces abcès marchent d'ordinaire assez lentement et leur durée varie entre plusieurs semaines et quelques mois ; le pus contenu dans une poche indurée tend à se porter, comme Pozzi l'a montré, à travers les fibres du releveur le long du rectum pour venir proéminer et s'ouvrir sur les parties latérales ou postérieures de l'anus, à 0<sup>m</sup>,03 ou 0<sup>m</sup>,04 de l'orifice. Ainsi se forment les fistules de l'espace pelvi-rectal sur lesquelles nous reviendrons. D'autres fois l'abcès prend la forme d'un bissac avant de s'ouvrir ou bien se fait jour di-

rectement dans le rectum ; le pus est évacué au moment de la défécation ou entre deux selles. Le toucher rectal permet alors de constater la présence du pus et de l'orifice induré de la perforation à quelques centimètres au-dessus de l'anus. Il est beaucoup plus rare de voir le pus donner naissance à une cellulite pelvienne.

Les abcès ostéopathiques, très lents dans leur évolution, s'ouvrent de préférence en arrière de l'anus au voisinage du coccyx.

**Diagnostic.** — Au début l'attention est attirée par les troubles fonctionnels, mais comme ils n'ont rien de caractéristique, le diagnostic présente des difficultés ; cependant la constipation, les douleurs très aiguës pendant et après la défécation devront faire soupçonner l'affection ; aussi est-il recommandé de pratiquer le toucher rectal afin de se rendre compte du gonflement douloureux de la région pelvi-rectale. Plus tard le doigt pourra sentir le gonflement élastique, rénitent et même fluctuant formé par la collection.

Enfin le chirurgien éliminant les lésions des organes génito-urinaires, les néoplasmes, les complications des hémorroïdes, arrivera par exclusion à un diagnostic probable, sinon certain.

**Pronostic.** — Il est toujours grave ; en effet, le phlegmon diffus amène souvent la mort et le phlegmon circonscrit se termine exceptionnellement par résolution. Il s'agit ici d'une affection lente, douloureuse, qui retient les malades au lit durant de longs mois et les expose à des complications multiples et surtout à des fistules persistantes.

**Traitement.** — Le repos, les bains prolongés, les lavements, les purgatifs, une alimentation légère seront utilement prescrits pendant toute la durée de l'affection. Si les symptômes généraux sont intenses, les troubles fonctionnels très prononcés, si en outre le chirurgien sent une tuméfaction fluctuante dans le rectum, il est indiqué d'ouvrir la collection par l'anus. Le pus a-t-il fait irruption dans l'espace inférieur, on devra pratiquer le débridement et traiter ultérieurement la fistule. Quant aux abcès ostéopathiques, c'est à leur cause qu'il faut s'adresser.

### 3° CELLULITE PELVIENNE

**Bibliographie.** — BOULLY, *Arch. gén. de méd.*, 1879, 7<sup>e</sup> série, t. I<sup>er</sup>, p. 35, 162.

Entre le fascia pelvien et le péritoine existe une couche de tissu cellulaire lâche susceptible de s'enflammer en donnant naissance à une variété de phlegmons mal connue jusqu'à ces dernières années, et bien étudiée par BOULLY. Il en existerait deux formes, l'une circonscrite, l'autre diffuse.

La forme circonscrite n'a été l'objet d'aucun travail important ; cependant tout nous porte à l'admettre. GOSSELIN a fait mention d'une fluxion subaiguë du tissu cellulaire à la suite des inflammations de la prostate ou de cystites du col, se traduisant par des phénomènes de péritonite localisée et susceptibles de se terminer par résolution. D'autres auteurs parlent également de collections purulentes qu'il est difficile de ne pas rapporter à cette variété. Ainsi

J. SMITH a vu un abcès prérectal qui déterminait une dysurie intense et formait une tumeur à la paroi abdominale; la ponction rectale donna issue à un flot de pus et la grosse tumeur antérieure disparut. Ces collections à évolution lente pourraient s'ouvrir du côté de l'aîne ou au périnée après avoir usé le fascia pelvien.

La cellulite diffuse de BOUILLY, beaucoup plus grave, résulte d'une infiltration septique du tissu sous-péritonéal, se propageant au petit bassin, au mésorectum, à la fosse iliaque, et même capable d'atteindre l'atmosphère du rein. Parmi ses causes, citons toutes les opérations qui se pratiquent sur les parties élevées du rectum, qu'il s'agisse de grandes fistules, d'extirpations de tumeurs ou de ruptures d'un rétrécissement. C'est habituellement dans les premiers jours qui suivent l'intervention que les symptômes de la cellulite apparaissent; ils débutent par de la fièvre (39° à 40°) et de la dyspnée; puis surviennent des vomissements bilieux répétés, des douleurs vives. État adynamique très prononcé, facies altéré, plombé; aspect grisâtre de la plaie d'où s'écoule une sanie purulente, fétide, mélangée à des gaz, sensibilité des parties inférieures de l'abdomen, anorexie complète, langue sèche et fuligineuse, intelligence le plus souvent conservée, tels sont les principaux caractères de cette grave affection. Tous ces symptômes vont en s'aggravant et aboutissent à la terminaison fatale qui arrive en moins d'une semaine soit par septicémie suraiguë, soit par péritonite.

Le traitement de cette redoutable complication doit être exclusivement prophylactique; en premier lieu il faut se méfier des inflammations chroniques du rectum et n'opérer qu'avec prudence; la moindre rupture suffit pour détruire les adhérences qui s'opposent à la pénétration des matières fécales ou autres. En outre l'emploi rigoureux des méthodes antiseptiques contribuera assurément à diminuer la fréquence de la cellulite.

### CHAPITRE III

#### ULCÉRATIONS ET FISTULES ANO-RECTALES

##### § 1<sup>er</sup>. — Ulcérations de l'anus et du rectum

**Bibliographie.** — PÉAN et MALASSEZ, *Traité sur les ulc. anales*, Paris, 1871. — MARTINEAU, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1874. — MOLLIÈRE, *Mal. du rectum et de l'anus*, p. 660, 1877. — GOSSELIN, *Clin. de la Charité*, 1879, t. III, p. 684. — GOSSELIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1880. — KESLEY, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, avril 1881, p. 415. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1882, t. X, p. 82. — HAHN, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIX, 1883, p. 395.  
Thèses de Paris. — 1878, SPILMANN (Agrég.). — 1880, PRIMET.

Il est peu d'affections de l'anus et du rectum qui, à une période plus ou moins avancée de leur évolution, ne s'accompagnent d'ulcérations. Aussi serait-il de la plus grande importance de savoir les distinguer les unes des autres et surtout de reconnaître leur gravité relative. A cet égard on pourrait avantageusement diviser les ulcérations en trois groupes : 1° les ulcères simples, d'origine herpétique, traumatique, inflammatoire, hémorroïdaire; 2° les ulcères spécifiques liés à la syphilis, à la tuberculose; 3° les ulcérations néoplasiques. Dans le premier groupe on a encore établi une subdivision d'une assez grande importance clinique selon que l'affection s'accompagne ou non de névralgie sphinctérienne. Nous exposerons aux paragraphes *Cancer* et *Rétrécissement* les détails complémentaires.

##### A. — ULCÈRES SIMPLES NON DOULOUREUX

Les irritations multiples qui existent souvent dans la région anale par suite des sécrétions, des frottements et du passage d'un bol fécal trop dur expliquent la fréquence relative des gerçures, des ulcères peu étendus vulgairement désignés sous le nom de *rhagades*. MOLLIÈRE parle de petites ulcérations herpétiques confluentes, rouges, à bords nets, surtout communes au niveau du pli interfessier, assez douloureuses et consécutives à la déchirure de vésicules. L'eczéma donne plus rarement naissance à de véritables ulcérations.

Toutes les lésions inflammatoires du rectum, phlegmons, abcès, rectites diverses, engendrent quelquefois des ulcérations; il en est de même des corps étrangers, de la diarrhée et de la dysenterie chronique. ALLINGHAM localise l'ulcère simple du rectum à la partie postérieure de cet organe, environ à 3 ou 4 centimètres. Le fond de cet ulcère offre un aspect rouge ou sanieux et les efforts de la défécation le font saigner facilement; d'ailleurs, sans être très douloureuse, cette lésion entretient le ténesme rectal et sécrète un liquide glaireux qui est expulsé avec les selles ou qui suinte par l'anus; en raison de sa persistance cette variété présente toujours une certaine gravité parce que les fonctions digestives périclitent.

Le traitement est évidemment lié à la cause première; il faut d'abord enlever les corps étrangers, soigner les hémorroïdes internes avant de traiter par des topiques appropriés et les cautérisations l'ulcération elle-même. Des soins de propreté, des lotions astringentes, quelques légères cautérisations au nitrate d'argent feront disparaître les ulcérations superficielles simples. KESLEY recommande pour les ulcérations rectales, l'application locale de bismuth, d'iodoforme ou d'une solution de nitrate d'argent.

##### B. — ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

Cette affection a été l'objet de monographies importantes de la part de PÉAN et MALASSEZ, SPILMANN, PRIMET. Les ulcérations tuberculeuses de l'anus semblent rares; sans doute une observation attentive permettra de constater plus souvent leur existence; elles apparaissent fréquemment chez