

gés en forme de fissure au niveau de l'orifice anal, ils ne présentent rien de particulier au point de vue de la forme. Leur seul caractère spécial, c'est que la muqueuse à leur pourtour est parcourue de fines arborisations veineuses qui leur donnent une couleur bleuâtre.

Quénu en a fait l'étude histologique et a constaté deux faits particuliers. Au milieu des fibrilles conjonctives qui forment le fond de l'ulcération, on trouve des sinus sanguins en partie thrombosés. La présence de ces sinus et leur situation superficielle expliquent les hémorragies dont ces ulcères sont fréquemment le siège. Quénu n'a pas vu de fibrilles nerveuses à nu à la surface de l'ulcération, mais il a trouvé des lésions de névrite interstitielle, lésions qui expliquent à la fois la persistance des ulcérations et les douleurs dont elles sont le siège.

Les ulcères variqueux se traduisent par les mêmes symptômes que les autres ulcérations rectales. Ils ont en outre un caractère particulier, c'est la facilité avec laquelle ils deviennent le siège d'hémorragies. Sous l'influence du plus minime effort et même parfois sans cause appréciable, en dehors des selles, le sang s'échappe. Ces hémorragies s'arrêtent spontanément, mais leur répétition fréquente peut entraîner une anémie sérieuse. Quénu a même rapporté l'observation d'un vieillard de Bicêtre chez qui l'écoulement de sang fut si abondant qu'il ne s'en releva pas et mourut en deux jours.

L'existence de ces ulcérations est facile à reconnaître ; mais le diagnostic de leur nature ne peut être fait que par exclusion.

Fissure à l'anus. — Il est certaines de ces ulcérations simples qui s'accompagnent d'un syndrome douloureux extrêmement caractéristique. Comme elles sont en général très étroites et allongées, elles sont connues sous le nom de *fissures*. Leur importance clinique est telle qu'elles méritent une description spéciale.

La fissure à l'anus a été décrite pour la première fois par Boyer. Ce premier travail est si complet qu'on n'y a rien ajouté d'important.

Qu'on comprenne bien le sens de ce mot, fissure à l'anus. Il désigne de petites ulcérations allongées, cachées au fond des plis radiés de l'anus, qui sont sans importance par elles-mêmes, mais qui déterminent de la contracture du sphincter et des douleurs particulières d'une violence extrême. Toutes les ulcérations de l'anus peuvent prendre une forme allongée, nous l'avons vu. Mais toute ulcération allongée en forme de fissure n'a pas droit au nom de fissure à l'anus. Ce nom, qui est purement clinique, ne s'applique qu'aux cas où il y a sphinctéralgie. Blandin avait divisé les fissures en sus-sphinctériennes, sphinctériennes et sous-sphinctériennes. C'était prendre la question à un autre point de vue. Les seules fissures qui s'accompagnent de sphinctéralgie sont les fissures sphinctériennes. Gosselin les a divisées en fissures tolérantes et fissures intolérantes. C'est commettre le même genre d'erreur. Il ne sera question ici que de la

fissure de Boyer, la fissure sphinctéralgique, la seule qui mérite une description particulière.

Toute ulcération anale peut devenir sphinctéralgique, même les ulcérations syphilitiques, bien que cela ait été nié. Le syndrome caractéristique de la fissure anale n'est donc nullement lié à la nature de l'affection. Il peut se rencontrer dans les ulcérations chancreuses, syphilitiques, tuberculeuses, aussi bien que dans celles qui ne sont rien de tout cela. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de petites ulcérations tout à fait banales dues au passage des matières fécales durcies.

Il y a cependant quelque chose qui n'est pas banal dans ces petites ulcérations, c'est leur persistance. Les fissures sphinctéralgiques, bien que tout à fait insignifiantes par leurs dimensions, n'ont aucune tendance à guérir. On explique cette persistance par des troubles trophiques dus aux hémorroïdes. Pour que cette explication soit bonne il faudrait que tous les malades eussent des hémorroïdes. Quénu et Hartmann déclarent que parmi les fissurés adultes, 7 à 8 sur 10 en ont. Admettons cette énorme proportion, il resterait encore 20 à 30 p. 100 des cas pour lesquels cette explication ne suffirait pas. Et puis Quénu et Hartmann déclarent eux-mêmes que la fissure anale n'est pas très rare chez l'enfant. On l'a observée en effet même chez des enfants à la mamelle, et on ne peut admettre que chez eux la proportion des hémorroïdaires soit bien considérable. Enfin, si vraiment il s'agit de troubles trophiques, il est bien difficile de comprendre comment la dilatation peut les guérir presque instantanément. C'est cependant ce qui arrive. Car après la dilatation, non seulement la fissure, mais les petites déchirures que produit l'opération guérissent avec une extrême rapidité. Il y a donc là quelque chose qui n'est pas parfaitement expliqué.

Quoi qu'il en soit, la fissure à l'anus s'observe surtout à l'âge adulte et elle est plus fréquente chez la femme.

Le syndrome fissuraire est extrêmement frappant. Il est caractérisé par ce fait que les douleurs, déterminées cependant par la défécation, n'atteignent toute leur acuité qu'assez longtemps après elle. Voici comment les choses se passent.

Au moment de la défécation, lorsque le bol fécal franchit le sphincter, se manifeste une cuisson, une sensation de déchirure qui peut être extrêmement pénible. Cette douleur est de peu de durée et ce n'est pas d'elle que les malades se plaignent le plus. Elle va en s'atténuant et peut même disparaître tout à fait. Mais au bout de quelques minutes, sans autre défécation, sans provocation nouvelle, la douleur reparaît, plus atroce, plus cuisante que la première fois ; et elle va encore en augmentant au point de devenir absolument terrible. Les malades la comparent à celle que produirait l'introduc-

tion d'un fer rouge dans l'anus. Elle est telle qu'elle provoque souvent la syncope. Elle s'irradie dans les régions voisines. Puis après avoir atteint son acmé, elle va en diminuant peu à peu et disparaît. L'ensemble de la crise dure vingt minutes, une demi-heure et même davantage. Chez certains malades plusieurs crises se succèdent sans provocation nouvelle.

On prévoit les conséquences de pareilles tortures. Elles frappent le moral des malades et les plongent dans l'hypocondrie. En outre, les malheureux, pour diminuer la fréquence de ces garde-ropes qui déclenchent en quelque sorte tout l'appareil douloureux, se condamnent à la diète. Les uns se constipent artificiellement ; d'autres, qui redoutent surtout le passage des matières dures, entretiennent une diarrhée permanente. Bref la santé physique des fissurés s'altère en même temps que la santé morale, et cette petite affection prend une importance extraordinaire.

La crise douloureuse est si caractéristique que le récit des malades suffit à faire le diagnostic. Il n'est pas exagéré de dire que dans ces cas, quand on passe à l'examen de l'anus, on sait déjà qu'on va y trouver une fissure. Celle-ci n'est pas toujours aisée à voir, car elle est étroite, elle est enfouie dans les plis radiés de l'anus, qui sont d'autant plus profonds que le sphincter est contracturé.

Elle siège le plus souvent en arrière, mais pas toujours. Avant de déplisser les plis radiés pour la voir, on peut être renseigné exactement sur sa situation. Il suffit pour cela de promener doucement la pulpe de l'index tout autour de l'anus. Quand on passe sur la fissure invisible, le sphincter se contracte, le malade accuse une douleur et exécute souvent un mouvement instinctif pour se dérober. C'est en ce point qu'il faut déplisser avec précaution les plis radiés. On trouve alors une ulcération si petite, si étroite, si superficielle qu'elle semble tout à fait insignifiante. C'est elle cependant qui est la cause de tout le mal. Son fond est grisâtre, atone ; les bords, souvent souples, sont quelquefois un peu épaissis. Il existe parfois en dehors un petit repli qui recouvre comme d'un capuchon la partie externe de la fissure.

En outre, en palpant le pourtour de l'anus, on sent l'anneau sphinctérien plus dur qu'à l'état normal. Cela indique que le sphincter est contracturé. On sent encore mieux sa résistance en pratiquant le toucher, mais celui-ci est si douloureux chez certains malades qu'on ne peut le faire sans anesthésie. Gosselin affirmait que chez les porteurs de fistule la résistance du sphincter n'est pas plus considérable qu'à l'état normal. Il est bien difficile de comprendre comment un clinicien aussi expérimenté a été induit en pareille erreur. Pour ma part, je n'ai jamais vu de fissure douloureuse de l'anus sans contracture du sphincter. Quénu et Hartmann pensent que dans certains cas la contracture n'est que partielle.

Il y a certainement des fissures qui guérissent avec des soins de propreté ou après quelques cautérisations. Mais dans l'immense majorité des cas, la fissure sphinctérialgique bien établie persiste et résiste même opiniâtrément à tout traitement qui n'est pas la dilatation du sphincter. C'est ainsi que l'affection peut se prolonger pendant des années avec des périodes de rémission. Quénu et Hartmann font en outre très justement observer qu'après guérison elle tend à récidiver.

Je viens de dire que certaines fissures pouvaient guérir sous l'influence de soins très simples. Il faut donc, dans les cas où les douleurs ne sont pas très vives, essayer ce traitement. Il consiste à régulariser les selles, à maintenir la fissure aussi aseptique que possible et à l'anesthésier. Trousseau et Bretonneau recommandaient les lavements à l'extrait de ratanhia, 3 à 4 grammes d'extrait pour 150 grammes d'eau. Mais il faut une fissure bien peu irritable pour que les lavements soient supportés. On emploie aussi l'extrait de ratanhia en pommade. Les cautérisations au nitrate d'argent, les pansements à la vaseline iodoformée ou à l'aristol sont les meilleurs moyens d'obtenir l'asepsie relative. Les suppositoires à la belladone et à la cocaïne diminuent la douleur.

On peut essayer ce traitement dans les cas de peu d'intensité ; mais il ne faut pas insister s'il ne donne pas un succès rapide ; il vaut bien mieux recourir au traitement chirurgical, dont le succès est assuré, que de s'exposer à continuer indéfiniment des pansements douloureux et peut-être inutiles.

Parmi les méthodes chirurgicales, la cautérisation et l'excision de la fissure sont justement abandonnées.

Les seules méthodes qu'on ait conservées sont celles qui s'adressent non pas à la fissure, mais au sphincter. Boyer a montré le premier que la cause des douleurs atroces caractéristiques des fissures est la contracture du sphincter. C'est cette contracture qu'il faut supprimer. Pour arriver à ce but, Boyer l'a incisé, Récamier l'a dilaté.

L'incision peut être faite de bien des manières. Boyer incisait carrément le sphincter dans toute son épaisseur et dans toute sa hauteur. Cette incision profonde peut d'ailleurs être faite sur la fissure ou en un autre point. Dupuytren, Copeland ont conseillé l'incision superficielle ne comprenant pas toute l'épaisseur du sphincter. Blandin, Demarquay, Alph. Guérin ont préconisé la section sous-muqueuse, qui expose moins aux accidents septiques. Je n'insiste pas sur ces variétés de technique, car la méthode de l'incision du sphincter, qui a encore de nombreux partisans en Angleterre, a été complètement abandonnée en France.

La dilatation est considérée aujourd'hui par tous les chirurgiens français, et à juste titre, comme la méthode de choix. Elle est très effi-

cace; elle est sans gravité, car elle n'expose pas comme la section à des accidents infectieux. Elle est rapide dans ses effets. Les malades sont immédiatement soulagés, et ils peuvent au bout de trois ou quatre jours reprendre leurs occupations, tandis que la plaie de l'incision met toujours un certain temps à se cicatriser. Il faut ajouter qu'il n'y a jamais d'incontinence après la dilatation, tandis que l'on a vu cette infirmité persister après l'incision. La dilatation a donc des avantages sérieux qui justifient la préférence que nous lui donnons.

Je renvoie au chapitre des hémorroïdes pour l'histoire de la dilatation. Je me borne à indiquer brièvement ici sa technique.

Cette petite opération est horriblement douloureuse. Cependant certains chirurgiens recommandent de la faire sans anesthésie. Ils arguent de ce qu'il faudrait, pour obtenir un bon résultat, surprendre brusquement le sphincter. C'est là une conception purement théorique que rien ne justifie. Mais derrière cet argument s'en cache un autre plus important: c'est que la dilatation du sphincter peut provoquer chez les malades endormis une syncope mortelle. Il est vrai que chez des malades qui paraissent profondément endormis, la dilatation du sphincter détermine parfois des réflexes accentués, et je crois bien pour ma part que sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, le réflexe sphinctérien ne disparaît qu'après le réflexe cornéen. Mais est-il bien certain qu'on observe proportionnellement plus de morts par le chloroforme dans les dilatations anales que dans les autres opérations chirurgicales? je n'en suis pas sûr.

Et si on le démontrait par des chiffres, il faudrait encore y regarder à deux fois. Car certains chirurgiens ont conseillé, pour éviter les accidents, de pratiquer la dilatation dès que le malade perd connaissance, avant que la narcose soit complète. Il n'y a pas de plus mauvais conseil, ni de plus dangereux. Le vrai moyen d'éviter les accidents syncopaux, c'est au contraire d'attendre pour opérer que l'abolition des réflexes soit complète. En faisant ainsi, je n'ai jamais vu ni accidents ni menace d'accident.

Reclus emploie l'anesthésie locale à la cocaïne. Voici sa technique. Il introduit d'abord dans le rectum des petits tampons d'ouate imbibés de cocaïne. Puis il fait sous la muqueuse, tout autour de l'anus, une première série d'injections de quatre seringues de Pravaz d'une solution à 1 p. 100. Il injecte enfin profondément, dans l'épaisseur même du sphincter, de quatre à six seringues de la même solution.

L'anesthésie obtenue, il faut faire la dilatation. Deux procédés sont en présence: la dilatation *digitale*, la dilatation *instrumentale*. La dilatation digitale se fait, soit avec les index, soit avec les pouces. Il faut, pour triompher de la résistance du sphincter, une force assez considérable. Aussi les pouces me paraissent-ils mériter la préférence. On les introduit dos à dos et profondément. Dès que

les premières phalanges ont dépassé le canal anal, on les replie au-dessus du sphincter, pour bien l'accrocher, et on écarte les deux pouces transversalement jusqu'à ce que leur face palmaire arrive, sinon au contact, du moins très près des ischions. L'avantage de ce procédé est, dit-on, qu'on sent très bien le moment où la résistance est vaincue et où il faut s'arrêter. Je pense pour ma part qu'on sent beaucoup mieux ce moment avec le spéculum. Avec les doigts, souvent on est obligé de déployer une force considérable dont on n'est pas bien maître. Au contraire, avec le spéculum de Trélat, on peut procéder lentement, sans brusquerie, sans secousse, sans effort, en surveillant à chaque instant la muqueuse; on se rend bien mieux compte de ce qu'on fait, et comme la force qu'on emploie est limitée, on peut toujours s'arrêter instantanément. Pour ma part, je préfère de beaucoup le spéculum. Mais il n'y a vraiment pas lieu de discuter longuement sur ce point. Avec les doigts, avec le spéculum on obtient des résultats identiques, c'est une affaire de préférence personnelle.

De quelque façon que l'on procède, il est bon, lorsqu'on a dilaté transversalement, de dilater immédiatement après dans le sens antéro-postérieur. Sous l'influence de la dilatation, la fissure s'élargit un peu, il se produit quelquefois de petites déchirures de la muqueuse qui sont sans importance. L'anus reste quelques instants béant, mais il n'est pas rare, même lorsqu'on a fait une dilatation large, qu'il reprenne sa forme au bout de quelques minutes.

Lorsque les malades se réveillent, ils ont une sensation de contusion profonde, mais les douleurs caractéristiques de la fissure ont disparu, et définitivement disparu. Au bout de quelques jours, quelquefois de quelques heures, le sphincter a repris sa tonicité, et chose plus extraordinaire, les petites déchirures produites par la dilatation, et la fissure elle-même, qui avait été élargie, se cicatrisent avec une extrême rapidité. La guérison est complète et définitive.

L'effet de la dilatation est merveilleux, mais son mode d'action est singulièrement obscur. Quénu a cherché à l'élucider par des expériences sur des chiens. Il a constaté qu'elle ne produit aucune déchirure ni des fibres du sphincter, ni du raphé. Elle n'agit donc pas à la manière de l'incision. Pour lui, elle agit en produisant « l'atonie réflexe des sphincters ».

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, les résultats sont certains, et la dilatation est vraiment la méthode de choix dans le traitement de la fissure à l'anus.

PHLEGMONS ET ABCÈS PÉRIANAU ET PÉRIRECTAUX.

Les phlegmons périano-rectaux sont d'une extrême fréquence, et d'une grande importance pratique.

Ces inflammations sont quelquefois diffuses, mais elles restent habituellement circonscrites, respectant la topographie de la région. Pour les bien comprendre, il faut donc avoir présentes à l'esprit les grandes démarcations anatomiques.

Anatomie topographique du rectum. — Le rectum, à mon sens, se divise nettement en trois portions : 1° une portion péritonéale ; 2° une portion pelvienne ; 3° une portion périnéale. C'est le péritoine qui sépare la première partie de la seconde ; c'est le releveur de l'anus qui sépare la seconde de la troisième.

A chaque étage correspond une vascularisation spéciale. La séparation vasculaire n'est pas complète, puisque tous les vaisseaux s'anastomosent les uns avec les autres, mais les sources sont nettement différentes.

La portion péritonéale est vascularisée par l'artère hémorroïdale supérieure.

La portion pelvienne est vascularisée par les branches pelviennes de l'hypogastrique.

La portion périnéale est vascularisée par la honteuse interne, branche extra-pelvienne.

Les lymphatiques de la portion abdominale vont aux ganglions sacro-lombaires. Les lésions de cette portion donneront par propagation directe des péritonites, par l'intermédiaire des lymphatiques des abcès prévertébraux.

Les lymphatiques de la portion pelvienne vont aux ganglions qui sont situés dans le bassin autour de l'hypogastrique. Les inflammations de cette région donneront donc lieu à des inflammations du tissu cellulaire situé au-dessus du releveur de l'anus.

Les lymphatiques de la portion périnéale vont aux ganglions du pli de l'aîne. Les lésions de cette région donneront lieu à des inflammations du tissu cellulaire situé au-dessous du releveur.

L'espace compris entre le péritoine et le releveur de l'anus, espace auquel Richet a donné le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, est divisé par l'aponévrose sacro-recto-génitale en deux loges latérales. Ces deux loges ce sont les gaines des deux hypogastriques droite et gauche. Elles communiquent en arrière avec la fesse par l'échancrure sciatique. Les abcès de cette région pourront fuser par là.

Au-dessous du releveur de l'anus on trouve le creux ischio-rectal, limité en dedans par le releveur de l'anus, en dehors par l'aponévrose de l'obturateur interne, en bas par une mince aponévrose qui le sépare du tissu cellulaire sous-cutané. En arrière, il est fermé par la face antérieure du muscle grand fessier. Aussi comprend-on que les abcès du creux ischio-rectal puissent fuser sous ce muscle.

Plus superficiellement se trouve le tissu cellulaire sous-cutané, qui se continue en contournant le sphincter sous la muqueuse.

Si nous laissons de côté les abcès prévertébraux, qu'on ne voit guère, nous aurons à décrire :

1° Des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, qui sont pelviens ;

2° Des abcès du creux ischio-rectal, qui sont périnéaux ;

3° Des abcès sous-cutané-muqueux, qui sont superficiels ;

4° Des inflammations des éléments de la peau elle-même.

Étiologie générale des inflammations périrectales. — Les inflammations périrectales vont en diminuant de fréquence à mesure qu'on s'élève de la peau vers le péritoine. Les abcès cutanés ou sous-cutanés sont très fréquents ; les abcès du creux ischio-rectal le sont beaucoup moins ; les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur sont très rares. Il n'y a rien là qui doive nous surprendre. Les lésions des canaux susceptibles d'engendrer des phlegmons ou des adéno-phlegmons sont toujours beaucoup plus fréquentes au voisinage des orifices. Ainsi, par exemple, les adéno-phlegmons du cou consécutifs à des lésions buccales sont très fréquents, tandis que les péri-œsophagites sont très rares. Je crois même que la grande majorité des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur ont pour origine non pas le rectum, mais bien les organes génito-urinaires, vessie, prostate, vésicules séminales chez l'homme, utérus chez la femme. A bien prendre les choses, il faudrait donc les distraire de ce chapitre.

Les inflammations superficielles et périnéales d'origine rectale sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Il y a à cela deux raisons. La première c'est que, chez les gens du peuple, les soins de propreté de la région périnéale sont encore plus insuffisants chez l'homme que chez la femme. La seconde, c'est que chez l'homme les traumatismes qui amènent des érosions ou diminuent la résistance des tissus en les contusionnant sont plus fréquents. C'est ainsi que les inflammations cutanées ou sous-cutanées se développent parfois après des voyages en voitures mal suspendues, à siège dur, et qu'elles sont fréquentes chez les cavaliers.

Chez les individus obèses, l'intertrigo, l'eczéma, la macération des débris épidermiques favorisent l'infection. Chez certaines femmes, les inflammations périanales se développent au moment des règles, sans doute parce que les liquides vaginaux septiques s'écoulent le long du périnée jusqu'à l'anus.

Dans certains cas, il y a aux inflammations périano-rectales une cause plus directe, ou au moins plus directement saisissable.

Tels sont les traumatismes. Les opérations chirurgicales peuvent amener des inflammations et aussi les blessures produites par les canules ; Malgaigne insistait sur ce point. Des objets avalés, des fragments d'os, de petits clous de tapissier se piquent dans la paroi rectale. Les matières fécales dures excorrient la muqueuse.

Les rectites et leurs ulcérations, les fissures, les néoplasmes ulcérés peuvent être aussi l'origine d'inflammations du tissu cellulaire périrectal.

Quelle voie l'infection suit-elle ? Parfois lorsque le rectum est déchiré, perforé ou sectionné dans toute son épaisseur, les matières fécales pénètrent directement dans le tissu cellulaire. En général, l'infection se propage par les vaisseaux. Dans les inflammations hémorroïdaires, ce sont les veines qui sont atteintes ; dans tous les autres cas, l'infection se fait là comme ailleurs par les lymphatiques.

Quelle est la nature de cette infection ? On a trouvé dans les phlegmons périano-rectaux tous les microbes, agents ordinaires de la suppuration. Le *Bacterium coli* y est particulièrement fréquent.

A côté de ces microbes vulgaires de la suppuration, il en est un autre qu'on rencontre avec une extrême fréquence, c'est le bacille de Koch. Hartmann et Lieffring l'ont trouvé sept fois sur douze cas. Les abcès sont donc très souvent d'origine tuberculeuse. Le rôle de la tuberculose est certainement ici plus considérable qu'on ne le croit, mais dans un grand nombre de cas il y a infection mixte. D'autres micro-organismes, et le plus souvent c'est le *Bacterium coli*, pénètrent dans les foyers tuberculeux, en accélèrent l'évolution et leur donnent une allure aiguë. Ainsi, même parmi les abcès chauds, il en est qui ont été tuberculeux à leur début. Mais il faut l'examen bactériologique pour révéler leur nature véritable. Je consacrerai plus loin quelques considérations aux abcès qui restent froids pendant toute leur évolution. Je vais décrire d'abord les abcès chauds ; mais il faut qu'il soit bien entendu que parmi ceux-là il en est qui sont d'origine tuberculeuse.

Symptômes. — J'étudierai successivement les inflammations cutanées, les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané, celles du creux ischio-rectal et celles de l'espace pelvi-rectal supérieur.

I. INFLAMMATIONS CUTANÉES. — Les abcès cutanés prennent naissance dans les glandes. Ce sont de véritables furoncles de l'anus. Ils ressemblent aux abcès tubéreux de l'aisselle, et sont aussi généralement désignés sous le nom d'*abcès tubéreux*.

Les contusions jouent un rôle prépondérant dans leur étiologie. Ils peuvent siéger loin de l'anus et on les rencontre jusque sur les fesses. Ils forment de petites tumeurs saillantes, régulièrement arrondies, du volume d'un gros pois ou d'une noisette. La peau est très rouge à leur niveau, et parfois, un peu de lymphangite réticulaire s'y mêlant, la rougeur devient diffuse.

La douleur est très variable : quelquefois peu marquée, elle prend dans certains cas une intensité extrême. Il en est d'eux comme des furoncles du cou, dont les uns sont presque indolents, tandis que d'autres déterminent des douleurs très vives.

Au bout de trois ou quatre jours, la petite tumeur qui s'est acuminée s'ouvre spontanément, laissant écouler de la sérosité avec quelques gouttes de pus dans lequel on trouve souvent une sorte de bourbillon.

La guérison spontanée se produit en quelques jours. Jamais les abcès tubéreux ne laissent de fistules à leur suite. Ceux qui ont soutenu le contraire ont été le jouet d'une erreur. Il peut arriver en effet que l'inflammation née dans une glande se propage au tissu cellulaire sous-cutané. S'il reste une fistule, ce n'est pas l'abcès tubéreux qui l'a engendrée directement, mais bien l'abcès développé secondairement dans le tissu cellulaire.

II. ABCÈS SOUS CUTANÉS. — Il faut distinguer deux variétés d'abcès sous-cutanés : l'abcès phlébitique ou hémorroïdaire, et le véritable abcès sous-cutané-muqueux.

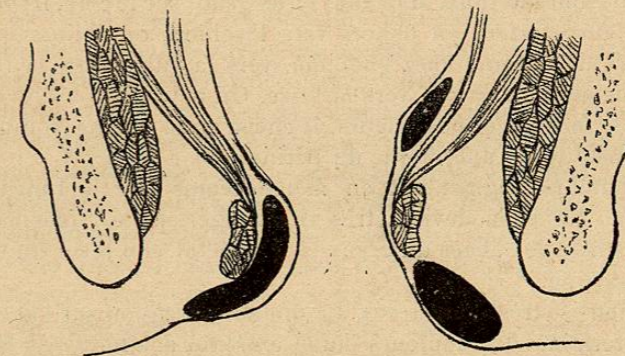


Fig. 42.

Fig. 43.

L'*abcès phlébitique* de Chassaignac est la suppuration d'une ampoule hémorroïdaire. C'est donc un accident des hémorroïdes, et c'est à leur propos que je le décrirai.

L'abcès sous-cutané-muqueux est le type des abcès de la région ; c'est le plus fréquent de tous. C'est à lui qu'il faut réserver les anciennes expressions d'*abcès de la marge de l'anus*, *abcès marginaux* ou *abcès margellaires*.

Quand ces abcès ne s'étendent pas à l'anus, ils sont purement sous-cutanés (Voy. fig. 43). Mais très souvent ils se prolongent dans l'anus, passant entre le sphincter et la muqueuse : ils sont alors sous-cutané-muqueux (Voy. fig. 42). Ils peuvent même remonter jusque sous la muqueuse rectale. Dans quelques cas plus rares, l'abcès est purement sous-muqueux. Il se développe dans l'épaisseur du rectum, sans descendre jusqu'à la peau. Ce sont les abcès intra-pariétaux.

La forme la plus habituelle est la forme sous-cutané-muqueuse. C'est la règle, que la collection dépasse un peu en dedans la jonction