

de la peau avec la muqueuse et décolle légèrement cette dernière.

Les abcès sous-cutané-muqueux peuvent être déterminés par l'extension d'abcès tubéreux, mais en général ils sont d'emblée sous-tégumentaires. Ils ont pour origine de petites excoriations de la muqueuse du canal anal qui passent inaperçues, mais engendrent des lymphangites.

L'affection débute par une sensation de gêne, de pesanteur, qui devient bientôt douloureuse. Presque en même temps paraît la tuméfaction, qui est précoce. Elle siège tout près de l'anus. Il est rare que les abcès superficiels sous-cutanés siègent loin de l'orifice anal; c'est surtout dans les abcès profonds du creux ischio-rectal que la tuméfaction se manifeste à distance de l'anus. Les abcès superficiels peuvent siéger en avant, en arrière, ou sur le côté. Toutefois ils ne sont presque jamais ni franchement en avant, ni franchement en arrière; ils sont latéraux. Mais tout en siégeant sur le côté, ils peuvent s'étendre directement en dehors vers l'ischion, ou obliquement en avant vers le scrotum chez l'homme, vers la vulve chez la femme, ou obliquement en arrière vers la fesse. On peut donc les diviser en antérieurs, moyens et postérieurs. Il en est aussi de plus volumineux qui occupent toute une moitié du périnée.

Les douleurs augmentent en même temps que la tuméfaction s'accroît. La peau devient très vite rouge, épaisse, œdémateuse, tandis que dans les abcès du creux ischio-rectal, elle reste un certain temps indemne.

L'examen est très douloureux. La moindre pression sur l'abcès lui-même détermine des douleurs d'une extrême acuité. C'est la fesse saine qu'il faut soulever pour découvrir la région sans causer trop de souffrances. En faisant ainsi, et en attirant la peau de la marge de l'anus du côté indemne, on peut voir que la tuméfaction se prolonge dans le canal anal, en dedans du sphincter, en décollant la muqueuse. En général ce prolongement intra-anal ne remonte pas haut, et si on fait le toucher rectal, on trouve le rectum absolument sain, l'ampoule rectale est symétrique des deux côtés. Mais quelquefois, comme je l'ai dit, la collection remonte sous la muqueuse jusqu'au rectum, et par le toucher on sent une tuméfaction qui comble l'ampoule du côté malade. L'effacement de l'ampoule est constant dans les abcès du creux ischio-rectal. Mais il n'est pas pathognomonique de ces abcès. Une collection superficielle, sous-muqueuse, peut le produire. Toutefois, en cas d'abcès du creux ischio-rectal, c'est tout le rectum qui est refoulé; tandis que dans les abcès superficiels c'est seulement la muqueuse. Aussi la tuméfaction est-elle plus molle dans ce dernier cas.

Au bout de quelques jours la collection devient fluctuante. La peau violacée s'amincit, et si l'on n'intervient pas l'ouverture se fait spontanément. Ces ouvertures spontanées tendent à se produire vers l'anus.

Elles siègent très souvent à la partie inférieure du canal anal, au niveau de la jonction de la muqueuse et de la peau. Mais ces ouvertures se font sous forme d'un mince pertuis par où le pus ne peut suinter que goutte à goutte. J'ai vu des cas où l'ouverture était tellement insuffisante qu'il s'en est fait une seconde à quelques centimètres de l'anus.

Les ouvertures se faisant plus haut dans le rectum lui-même, sont tout à fait exceptionnelles.

Il peut arriver que les abcès superficiels s'étendent ou même envahissent secondairement le creux ischio-rectal. Ce sont là des cas fort rares. Les abcès superficiels ne sont pas graves par eux-mêmes. La règle, quand on n'intervient pas, est que l'ouverture se fasse spontanément.

Dès que cette ouverture s'est produite, tous les symptômes s'amendent, la fièvre tombe, les douleurs diminuent. La défécation, qui pendant la période d'acuité était presque impossible ou ne se faisait qu'au prix de douleurs atroces, redevient facile. La guérison semble prochaine, mais il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi. Dans la grande majorité des cas, l'ouverture ne se ferme pas et une fistule s'établit. Quelquefois l'orifice se ferme assez vite, mais au bout de quelque temps l'abcès se reproduit. Il est des malades chez qui se développent ainsi successivement trois ou quatre abcès de même siège. Ces *abcès à répétition* sont dus évidemment à ce qu'il reste des éléments septiques dans le foyer initial. J'ai vu un malade qui en avait eu cinq quand il est venu me consulter pour le sixième. Chaque abcès se fermait complètement sans laisser de fistule, mais au bout de quelques mois il se reproduisait exactement au même siège un nouvel abcès qu'il fallait inciser de nouveau. Il a suffi de faire un bon nettoyage de la cavité pour mettre fin à cette malencontreuse série.

III. ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL. — Les abcès du creux ischio-rectal sont relativement rares. D'après la statistique d'Etchepara ils représenteraient 18 p. 100 des abcès de la région. Quénu et Hartmann font remarquer, et je suis de leur avis, que cette proportion est encore au-dessus de la vérité.

Ces abcès peuvent se développer primitivement dans le creux ischio-rectal, et c'est, je crois, ce qui arrive le plus souvent. Mais il peut arriver aussi que le creux ischio-rectal soit envahi secondairement par un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur qui perfore le releveur de l'anus, ou encore, comme nous l'avons vu précédemment, par un abcès sous-cutané qui s'étend vers la profondeur. J'aurai surtout en vue ici le vrai phlegmon du creux ischio-rectal, celui qui débute dans la fosse elle-même (Voy. fig. 44).

Ces abcès, étant très éloignés de la peau, ne s'ouvrent que difficilement à l'extérieur et ils ont tendance, avant de s'ouvrir, à s'étendre

en envoyant des prolongements dans diverses directions. Le prolongement le plus fréquent est celui qui se fait en arrière, sous le grand fessier. On observe souvent aussi un prolongement antérieur qui s'avance vers la racine des bourses. Dans d'autres cas plus rares, l'inflammation s'étend d'un côté à l'autre en passant en avant du coccyx. Le creux ischio-rectal du côté opposé est alors envahi. Il se fait ainsi d'énormes collections en forme de fer à cheval qui entourent complètement le rectum, sauf à la partie antérieure. Enfin, il peut se faire aussi des prolongements sous-muqueux. Tantôt ceux-ci se produisent au-dessus du sphincter, le pus perforant la partie inférieure du releveur de l'anus et la paroi rectale pour venir s'étaler sous la muqueuse. Tantôt ils se font en passant sous le sphincter lorsque l'abcès devenant superficiel a envahi le tissu cellulaire sous-cutanéomuqueux. Les choses se passent alors comme dans les abcès superficiels (Voy. fig. 44).

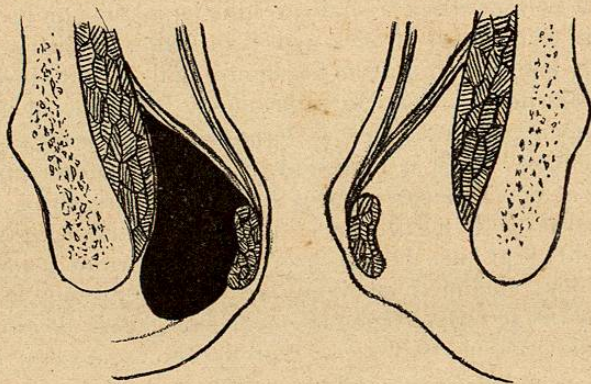


Fig. 44.

Les véritables abcès du creux ischio-rectal débutent par une douleur profonde souvent fort vive, et des phénomènes généraux souvent sérieux: élévation de température considérable, frissons, inappétence, état saburral. Tous ces symptômes apparaissent avant qu'il y ait rien de bien nettement appréciable du côté du périnée. Le premier signe qui se manifeste de ce côté, c'est une tuméfaction large qui occupe toute une moitié du périnée. Il semble que le plan de la région soit surélevé. Mais la peau ne présente encore aucune altération.

Par le toucher, on sent bien la tuméfaction. Elle repousse en dedans une moitié du rectum. Du côté malade, l'ampoule rectale est supprimée, ou plutôt remplacée par une saillie.

La miction devient extrêmement douloureuse, extrêmement pénible, et dans un grand nombre de cas il se produit de la rétention d'urine.

Quand la tuméfaction s'accroît, son point culminant est toujours

situé loin de l'anus, à 4, 5 ou 6 centimètres. Si on presse sur ce point culminant, on détermine une douleur extrêmement violente. La peau commence à devenir œdémateuse; elle garde l'empreinte du doigt. C'est le signe qu'il existe du pus, mais que ce pus est profondément situé. Si l'on n'intervient pas, l'abcès peut s'étendre dans la profondeur et envoyer les prolongements dont j'ai parlé. Souvent la violence de l'infection détermine de la gangrène, et on trouve dans la cavité de vastes lambeaux sphacelés. Les désordres locaux et les troubles généraux deviennent très graves et le malade peut succomber aux accidents infectieux.

Cette terminaison est heureusement rare. En général la collection finit par gagner vers la peau, qui rougit, puis devient violacée. La fluctuation paraît. Quelquefois on observe une sonorité tympanique due à la présence de gaz putrides dans la cavité de l'abcès. Enfin la peau s'amincit, s'ulcère et se rompt, donnant issue à un flot de pus sale, strié de sang, répandant une odeur infecte. L'ouverture spontanée siège toujours loin de l'anus, elle est toujours petite, trop petite, de telle sorte que l'abcès n'a aucune tendance à guérir. Il reste une fistule interminable.

L'ouverture spontanée peut aussi se faire dans le rectum, très haut, au travers du releveur de l'anus. Quand le pus suit cette voie, en général le releveur de l'anus est déjà accolé au rectum par l'inflammation sous-jacente, et il ne fait plus qu'un en quelque sorte avec la paroi rectale (Voy. fig. 49). Cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi. Quelquefois, le pus, après avoir perforé le releveur de l'anus, s'étale dans l'espace pelvi-rectal supérieur, et il se développe une cellulite pelvienne qui peut être d'une extrême gravité.

IV. ABCÈS DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR. — On a observé quelques cas d'abcès rétro-rectaux, développés dans le méso-rectum le long des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs. Vassy, dans sa thèse de 1879, en a décrit un cas; Quénu et Hartmann en publient une observation. Ces abcès médians viennent s'ouvrir à la partie postérieure de l'anus. Ils sont très rares et mal connus.

Les phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur sont moins rares. Mais il règne sur ces inflammations pelviennes (et j'emploie ici le qualificatif pelviennes dans son sens précis pour opposer ces inflammations aux inflammations périnéales), il règne sur ces inflammations pelviennes une confusion lamentable. Il faut s'expliquer une bonne fois car il est vraiment impossible que les étudiants comprennent ce qu'on leur dit sur ce sujet et arrivent à des idées claires.

Dans les livres de gynécologie on décrit des phlegmons du ligament large; dans les traités des maladies des organes génito-urinaires, on décrit des phlegmons engendrés par les inflammations des vésicules séminales, des phlegmons péri-prostatiques; enfin, à

propos des maladies du rectum on décrit des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur. Et tout cela siège au-dessous du péritoine, au-dessus du releveur de l'anus, dans un espace qui vraiment n'est pas grand. Comment des inflammations si différentes peuvent-elles se développer dans un espace si restreint ? Ce serait incompréhensible s'il s'agissait de maladies différentes, mais ce serait très simple s'il s'agissait d'une seule et même maladie, et c'est là qu'est la vérité. Tous ces phlegmons ont le même siège ; ils ne diffèrent que par leur origine. Quand ils ont l'utérus pour point de départ, on les appelle phlegmons du ligament large ; quand ils sont consécutifs à des inflammations prostatiques, on les appelle phlegmons péri-prostatiques, et phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur quand ils succèdent à des affections du rectum. C'est là une manière de faire antiscientifique, tout à fait vicieuse, qui jette la confusion dans les esprits. J'ai montré ailleurs (1) que la constitution de cette région est absolument la même chez l'homme que chez la femme. Ce qu'on appelle la base des ligaments larges existe avec la même disposition chez l'homme : c'est le pédicule vasculaire des organes pelviens. Sa disposition est réglée par la distribution des branches de l'hypogastrique et les aponévroses qui les recouvrent. Cette formation est absolument indépendante du ligament large, qui n'est que le méso de la trompe et de l'ovaire, contenant l'utéro-ovarienne, branche de l'aorte.

La dénomination de base du ligament large est donc mauvaise, et elle est très fâcheuse puisqu'elle fait croire qu'il s'agit d'une disposition spéciale à la femme, et qu'elle conduit à penser que les phlegmons de la base du ligament large, les phlegmons péri-prostatiques, les phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur sont des maladies très différentes les unes des autres. En réalité, tous ces phlegmons n'en font qu'un. Leur origine seule diffère. Ils ont le même siège, la même anatomie pathologique, les mêmes symptômes, la même évolution. Ce sont les *phlegmons de la gaine hypogastrique* (Voy. fig. 45).

J'ajouterai même que leur description serait bien mieux placée ailleurs ; car ceux qui ont le rectum pour origine sont certainement les plus rares.

Ces phlegmons se développent donc dans le bassin, dans la gaine hypogastrique. De là, ils peuvent fuser en arrière par l'échancrure sciatique dans la fesse. Ils peuvent, remontant en dehors, s'étendre à la fosse iliaque. Ils peuvent aussi perforer le releveur de l'anus et envahir le creux ischio-rectal. Ce sont ceux-là surtout qu'on a coutume de décrire avec les maladies du rectum (Voy. fig. 45 et 46).

Le début de ces phlegmons est extrêmement obscur, et plus ou moins voilé par les manifestations de la maladie qui les engendre.

(1) Voy. PIERRE DELBET, Des suppurations pelviennes. Introduction anatomique.

Une douleur profonde qu'augmentent tous les efforts, et particulièrement les efforts de défécation, avec des phénomènes généraux d'infection, fièvre, troubles gastro-intestinaux, tels sont les premiers symptômes. Il s'y joint habituellement des troubles fonctionnels du côté des organes urinaires, difficulté et même impossibilité de la miction, surtout chez l'homme.

Le toucher rectal, qui est extrêmement douloureux, permet de sentir une induration latérale haut située. Chez la femme, le toucher vaginal donne des renseignements très précis. Je renvoie pour ce point aux chapitres où seront traitées les maladies de l'utérus.

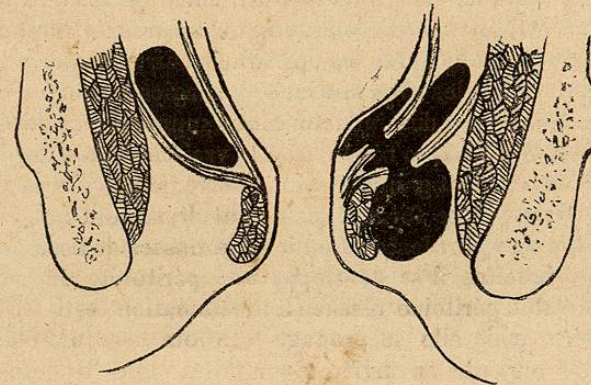


Fig. 45.

Fig. 46.

Dans les cas d'infection très virulente, tout le tissu cellulaire du bassin est rapidement détruit par la suppuration ; les phénomènes d'infection générale sont très graves et la mort peut survenir.

En général, le pus arrive à se frayer une voie. L'ouverture spontanée tend à se faire dans les viscères : dans le rectum, dans le vagin, dans l'urètre, dans la vessie. L'ouverture dans l'urètre est rare. L'ouverture dans le vagin sera étudiée avec les maladies des organes génitaux, et les ouvertures dans la vessie avec les maladies des organes urinaires. L'ouverture dans le rectum ne conduit que rarement à la guérison. L'évacuation du pus procure un soulagement immédiat et amène une sédation de tous les symptômes. Mais les gaz et les matières pénètrent dans le foyer qui reste septique ; la fistule persiste, et de temps en temps se reproduisent des poussées inflammatoires.

Ces abcès peuvent aussi s'ouvrir à la peau. Le releveur de l'anus est perforé, le creux ischio-rectal envahi. On voit alors paraître les symptômes décrits précédemment des abcès ischio-rectaux, et l'ouverture se fait au périnée, entre l'anus et l'ischion.

V. PHLEGMON DIFFUS PÉRIANO-RECTAL. — C'est à ces phlegmons diffus qu'on a donné le nom de cellulite pelvienne. Cette dénomina-

tion ne me paraît point exacte, car elle semble vouloir dire que l'inflammation porte sur le tissu cellulaire du bassin, c'est-à-dire sur le tissu cellulaire situé au-dessus du releveur de l'anus. Or ces phlegmons diffus ont précisément pour caractère d'envahir toutes les couches de tissu cellulaire, aussi bien celles qui sont au-dessous que celles qui sont au-dessus du releveur, sans respecter les barrières topographiques naturelles. C'est pour cela que l'expression de phlegmon diffus me paraît préférable.

Ces phlegmons diffus, qui sont d'une extrême gravité, peuvent succéder à l'un quelconque des phlegmons circonscrits précédemment décrits. Mais ils sont plus habituellement diffus d'emblée; ils succèdent aux ruptures, aux plaies, aux déchirures du rectum, et ils n'étaient pas rares jadis après les opérations chirurgicales.

On peut voir, après les interventions chirurgicales qui ouvrent les diverses loges, survenir des inflammations suppuratives de tous les espaces cellulaires. Mais ce n'est pas là le vrai phlegmon diffus. Dans celui-ci, qui est souvent gangreneux d'emblée, le pus n'a en quelque sorte pas le temps de se former, ni surtout de se collecter. Il se fait une infiltration séro-purulente au milieu des masses de tissu cellulaire sphacélé. Quelquefois il se développe une péritonite de voisinage. Mais en général le péritoine résiste. L'inflammation reste limitée au tissu cellulaire, mais elle se propage très loin avec une effroyable rapidité. Elle remonte en arrière du rectum dans la région prévertébrale; elle envahit la fosse iliaque, gagne la paroi abdominale et peut s'étendre jusqu'au thorax, et même jusqu'aux aisselles. La peau œdémateuse rougit et se marbre de taches violacées. Souvent la percussion révèle de la sonorité due à la présence de gaz infiltrés dans le tissu cellulaire sous-cutané. Bref, tout se passe comme dans l'infiltration d'urine grave ou la septicémie gangreneuse. Ce sont des infections d'une gravité extrême qui se terminent le plus souvent par la mort.

Diagnostic des inflammations périano-rectales. — Il est aisé de reconnaître l'existence d'une inflammation périanaire ou périrectale. S'il existe une difficulté, ce ne peut être que pour reconnaître le siège primitif du mal. Ces difficultés ne sont pas à la vérité bien considérables, et cependant les erreurs ne sont pas rares.

Pour les abcès cutanés, rien de plus simple. Il y a une plaque dans l'épaisseur même de la peau. On peut la saisir entre les doigts et la mobiliser sur les parties profondes, à moins que le tissu cellulaire sous-cutané soit envahi, mais alors il s'agit d'un phlegmon sous-cutané, qui, pour être secondaire, n'en existe pas moins.

Les phlegmons superficiels sous-cutané-muqueux sont plus difficiles à distinguer des phlegmons du creux ischio-rectal. Dans les phlegmons superficiels, la peau est plus rapidement envahie; elle

devient tout de suite rouge et la rougeur est plus diffuse. La tuméfaction est habituellement située plus près de l'anus. L'évolution est plus rapide et le toucher fournit des renseignements précieux.

Si l'ampoule rectale du côté malade a sa profondeur et sa souplesse ordinaires, on peut être assuré que l'inflammation siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et que le creux ischio-rectal est indemne, mais l'inverse n'est pas vrai. De ce que l'ampoule est comblée, il ne résulte pas forcément que l'abcès siège dans le creux ischio-rectal. Nous avons vu que des abcès superficiels pouvaient, en contournant le sphincter par en bas, envoyer des prolongements sous la muqueuse. En général, ce prolongement ne dépasse pas le canal anal, mais il peut arriver qu'il remonte jusque dans le rectum et soulève la muqueuse de manière à effacer l'ampoule. Dans ce cas, la tumeur qui comble l'ampoule est molle, fluctuante, car la muqueuse seule sépare la collection du doigt, tandis que dans les phlegmons du creux ischio-rectal il y a toute l'épaisseur des parois rectales entre le doigt et l'abcès. Ceci est la règle, mais là aussi il y a des exceptions, parce que le pus venant du creux ischio-rectal peut perforer le rectum et venir s'étaler sous la muqueuse. Il n'y a vraiment pas lieu d'insister sur ces exceptions rares, qui peuvent laisser quelque embarras. En général, il n'y a pas de difficultés sérieuses. Le phlegmon du creux ischio-rectal est d'évolution plus lente. Il n'envahit pas la peau aussi vite. Il existe déjà une tuméfaction, un soulèvement de la moitié correspondante du périnée, que la peau a encore sa couleur normale. La tuméfaction est plus largement étalée, et son point culminant est toujours plus éloigné de l'anus.

Quant aux abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, ils sont plus profondément situés. Ce sont des affections pelviennes et non périanales.

Traitement des phlegmons périano-rectaux. — Depuis 1743, depuis les fameuses « *remarques de Faget l'aîné sur les abcès qui arrivent au fondement* », cette question n'a pas cessé d'être discutée et l'accord n'est pas encore fait. « Il ne suffit pas toujours, disait Faget, d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum est découvert, il faut inciser ou fendre cet intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines. » Foubert soutenait au contraire, quelques années après, qu'il suffit de faire une incision cutanée.

C'est toujours la même question qui est en suspens. Faut-il faire l'incision de manière à mettre le rectum fendu en communication avec l'abcès? Faut-il, au contraire, faire une simple incision cutanée sans ouvrir le rectum? La première opinion, qui remonte à Faget, a eu et a encore les partisans les plus nombreux et les plus autorisés, Trélat, Verneuil, Reclus, qui l'a énergiquement défendue par la parole et par la plume.

Pourquoi fendre le rectum, pourquoi mettre sa cavité septique en

communication avec celle de l'abcès? C'est, répète-t-on, depuis Faget, parce que l'abcès ne guérit pas sans cela, qu'il laisse à sa suite une fistule. Tout abcès est, dit-on, une fistule en puissance. A quoi bon dès lors attendre que la fistule soit confirmée? Puisqu'elle se formera fatalement, ne vaut-il pas mieux agir comme si elle existait déjà et en faire la cure préventive, c'est-à-dire fendre le rectum?

Tout abcès est-il une fistule en puissance? Voilà vraiment le fond de la question.

Mais avant de l'aborder, voyons si l'incision de toute l'épaisseur du rectum n'a pas d'inconvénient. A mon avis, elle en a d'énormes. C'est une opération considérable, qui expose à des hémorragies sérieuses qui, en laissant la cavité de l'abcès se remplir de matières fécales, peut amener des accidents septiques très graves. La section du sphincter dans toute sa hauteur expose à l'incontinence, voire même au prolapsus. La lenteur de la guérison est extrême. Ce sont là des dangers réels et des inconvénients sérieux, et si beaucoup de ceux qui déclarent qu'il faut toujours fendre le rectum n'en ont pas été plus frappés, c'est qu'ils ne le fendent pas si souvent qu'ils le croient. Il règne sur ce sujet une certaine confusion. Bien des abcès superficiels sous-cutané-muqueux sont pris pour des abcès du creux ischio-rectal, et bien souvent on croit fendre toute l'épaisseur du rectum, ce qui est plein d'inconvénients, tandis qu'on ne fend que la muqueuse, ce qui n'en a presque pas.

Mais tout abcès est-il réellement une fistule en puissance? Eh bien, je réponds en déclarant énergiquement: non, tout abcès n'est pas une fistule en puissance. J'ai publié dans la thèse de Legras, douze cas consécutifs d'abcès périano-rectaux traités sans incision du rectum. Il y avait là-dedans des abcès superficiels et des abcès profonds; sur douze, deux seulement ont été suivis de fistule, et depuis mes résultats n'ont pas été moins bons. On n'a donc pas le droit de dire que tout abcès est une fistule en puissance.

Je vais plus loin: je me demande si, dans le cas même où la fistule serait inévitable, il ne vaudrait pas mieux inciser simplement l'abcès, laisser la fistule se constituer et faire ensuite sa cure radicale par l'excision et la suture. Je me demande si en faisant ainsi on n'économiserait pas du temps au malade, tout en le mettant à l'abri des accidents infectieux et de l'incontinence.

Enfin, je ne suis pas convaincu que l'incision du rectum mette sûrement à l'abri de la fistule. A mon avis la grande cause des fistules anales, c'est la tuberculose. Quand il y a dans la paroi d'un abcès des bacilles tuberculeux virulents, qu'on incise le rectum ou qu'on ne l'incise pas, on aura beau faire, il restera une fistule. Si, au contraire, l'abcès n'a rien de tuberculeux, s'il est dû aux microbes vulgaires de la suppuration, il n'est pas besoin de fendre le rectum;

pourvu que l'abcès soit largement incisé et bien soigné, il guérira sans fistule.

Mais il faut de toute nécessité qu'il soit largement incisé. L'incision de Foubert, dont on parle toujours, était mauvaise, parce qu'elle était trop petite. C'était plutôt une ponction qu'une incision. Il faut que l'incision soit vaste, il faut que tous les diverticules de la cavité suppurante soient largement ouverts; il faut qu'on puisse en tamponner tous les recoins, et diriger la cicatrisation de manière qu'elle se fasse de la profondeur vers la surface. Appliquons ces principes aux divers groupes d'abcès.

Pour les abcès cutanés, pas de difficulté, un coup de pointe suffit.

Pour les abcès du tissu cellulaire sous-cutané, il faut distinguer les cas. D'une manière générale, je suis d'avis qu'il faut les inciser suivant leur grand axe. Si l'abcès est purement sous-cutané et que son grand axe soit antéro-postérieur, je fais l'incision antéro-postérieure, c'est-à-dire parallèle au raphé périnéal. Mais si l'abcès s'étend du côté de l'anus sous la muqueuse, s'il est sous-cutané-muqueux, son grand axe est le plus souvent transversal. Je crois qu'il vaut mieux alors, suivant toujours le grand axe, faire l'incision parallèlement aux plis radiés et sectionner la muqueuse décollée. On ouvre alors l'anus, bien plutôt que le rectum, et en tout cas sans couper le sphincter.

Pour les abcès du creux ischio-rectal, la première indication est d'intervenir vite sans attendre que la suppuration soit devenue superficielle. Si on temporise, on laisse aux désordres profonds le temps de se produire; le rectum est perforé et alors il existe réellement une fistule; les conditions sont changées. En intervenant de bonne heure, on évite tous ces accidents.

Lorsque l'abcès siège vraiment dans le creux ischio-rectal, il ne faut jamais, à mon avis, fendre le rectum. Dans ce cas, mettre l'abcès en communication avec le rectum, c'est réellement fendre toute l'épaisseur de la paroi rectale, y compris le sphincter, et cela a de nombreux inconvénients: hémorragie, infection, lenteur de la guérison, incontinence possible; et je crois que cela n'a aucun avantage, car les abcès du creux ischio-rectal guérissent parfaitement sans cela. J'ai guéri sans fistule un double abcès gangreneux des deux fosses ischio-rectales avec prolongements fessiers et périnéaux. Mais pour obtenir ce résultat, il faut faire de vastes incisions et nettoyer soigneusement toute la cavité. L'anesthésie est indispensable. Il faut inciser parallèlement au raphé périnéal. L'incision doit avoir de 6 à 9 centimètres. S'il existe un diverticule périnéal, on peut soit prolonger l'incision lorsque le diverticule n'est pas considérable, soit, si le diverticule s'étend loin du côté des bourses, faire en avant une seconde incision en laissant entre les deux un pont de peau. L'ouverture faite et largement faite, le pus évacué, il faut, avec des

éponges ou des tampons de gaze stérilisée, nettoyer soigneusement la cavité. Je m'abstiens systématiquement de tout lavage antiseptique, et je termine en tamponnant lâchement la cavité de gaze stérilisée ou iodoformée suivant les cas. Le tamponnement doit être lâche pour ne pas empêcher l'écoulement du pus. Pendant toute la durée du traitement, je constipe artificiellement le malade pendant des périodes de deux, trois, quatre ou cinq jours, suivant sa tolérance. Et le jour ou on doit le panser, je provoque une évacuation par un laxatif et des lavements. On évite ainsi la contamination au foyer par les matières fécales et on obtient des guérisons rapides et complètes.

Les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur font souvent saillie du côté du rectum. Néanmoins, il ne faut jamais les ouvrir par cette voie. Je pense avec Segond qu'il faut les aborder par le périnée en faisant l'incision de la taille pré-rectale.

TUBERCULOSE PÉRIANO-RECTALE.

La tuberculose périano-rectale est bien plus fréquente qu'on ne serait tenté de le supposer d'après les apparences ; car, nous l'avons vu, bien des abcès qui se terminent d'une manière aiguë, ont été au début tuberculeux.

Cette fréquence de la tuberculose périano-rectale me paraît devoir être rapprochée de ce qu'on observe au niveau du cou. Les ganglions cervicaux deviennent incomparablement plus souvent tuberculeux que ceux des autres régions du corps. Cela tient et ne peut tenir qu'à ce fait que l'infection a pour porte d'entrée la bouche. Il a d'ailleurs été démontré que les bacilles tuberculeux peuvent traverser une muqueuse sans laisser de trace de leur passage, et pénétrer ainsi dans les lymphatiques. Au niveau de l'anus et de la partie terminale du rectum, les choses se passent certainement de même. Les bacilles pénètrent par la muqueuse. Tantôt le rectum lui-même devient malade, et il se produit une rectite hypertrophique (voy. page 422). Tantôt le rectum reste indemne, les bacilles pénètrent dans les lymphatiques et vont coloniser dans les tissus périrectaux.

J'ai déjà décrit les lésions tuberculeuses de la peau. Il ne reste donc plus à décrire ici que les abcès froids. Dans la grande majorité des cas, on ne les voit qu'à l'état de fistule, et j'aurai à en parler dans le chapitre suivant.

Cependant on les observe quelquefois avant l'ouverture spontanée. J'en ai vu, et j'affirme que ces abcès froids périano-rectaux peuvent se développer chez des individus absolument indemnes de toute autre tare tuberculeuse.

Ils ont la même structure que partout ailleurs : une cavité remplie de débris tuberculeux ; une paroi tapissée en dedans de fongosités

plus ou moins exubérantes et limitée en dehors par une zone fibreuse dure qui est une membrane de défense.

Ces abcès peuvent occuper les divers sièges que j'ai décrits pour les abcès chauds, et sur lesquels il est inutile de revenir. Cependant, il y a quelques points à noter.

Les abcès froids sont beaucoup plus irréguliers que les abcès chauds ; ils respectent beaucoup moins les barrières anatomiques. On trouve, par exemple, dans le tissu cellulaire sous-cutané des poches irrégulières, anfractueuses, avec des diverticules qui ne communiquent que par des goulots étroits. Tandis que les abcès chauds sous-cutanés sont presque toujours très voisins de l'anus, il n'est pas rare de rencontrer des abcès froids qui s'étendent très loin, jusque sur la fesse. J'en ai opéré un qui s'étendait à 19 centimètres en arrière de l'anus. Tandis que les abcès chauds sous-cutanés restent ordinairement limités à une moitié du périnée, les abcès froids passent volontiers d'un côté à l'autre. La moitié antérieure d'un abcès sera, par exemple, à droite, tandis que sa moitié postérieure sera à gauche. Lorsqu'on opère un de ces abcès qui paraissent tout entiers superficiels, on trouve souvent des prolongements imprévus qui remontent très haut dans la fosse ischio-rectale, et peut-être même au-dessus du releveur de l'anus. Les abcès chauds superficiels s'étendent souvent sous la muqueuse. En dehors des cas où il existe une rectite tuberculeuse, je n'ai jamais vu cette disposition dans les abcès froids. J'ai été plusieurs fois frappé de l'intégrité du rectum, de son indépendance absolue avec des abcès très étendus.

La tuberculose du périnée a donc une allure très spéciale qui méritait d'être signalée.

Les symptômes sont ceux de tous les abcès froids ; il n'est pas besoin de les décrire.

Le diagnostic ne présente pas en général de difficultés. Il est facile de reconnaître la nature du mal, sauf dans les cas où une infection secondaire vient précipiter le dénouement en lui donnant une marche aiguë. On ne peut alors avoir cliniquement que des soupçons sur l'origine tuberculeuse.

Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès froid du périnée, il faut toujours faire un examen attentif afin de ne pas prendre un abcès migrateur venant d'un mal de Pott, d'une arthrite sacro-iliaque, d'une lésion du bassin osseux, de la prostate ou des vésicules séminales, pour une tuberculose primitive du tissu cellulaire.

Le traitement doit consister à exciser en totalité la paroi tuberculeuse. Je ne me borne pas au grattage à la curette. Je fais l'excision au bistouri : j'enlève non seulement les fongosités, mais la membrane fibreuse, jusqu'à ce que je trouve la graisse normale. Puis, si j'ai lieu de craindre que des débris tuberculeux aient au cours de l'opération contaminé la plaie, je promène sur toute son étendue le