

vacances, je trouvai à l'hôpital Trousseau une fillette que mon ami Jalaguier avait guérie, en mon absence, par une incision vaginale. Je sais aussi que, de temps à autre, une collection de péritonite enkystée, appendiculaire ou autre, guérit d'elle-même par ouverture dans le vagin. Mais j'aime mieux, à moins d'y être forcé, ne pas délabrer un hymen et, à choix, je préfère soit la voie périnéale, soit la voie rectale.

Dans une note intéressante, communiquée, l'an dernier, à la Société de chirurgie, mon élève et ami Delanglade¹ (Marseille) a préconisé la voie périnéale. Il est parfaitement certain qu'en traçant en avant du rectum une incision transversale, il est facile de passer entre le rectum et le vagin et d'aborder ainsi une collection du cul-de-sac de Douglas. Delanglade nous a, pour le cas particulier de l'appendicite, apporté trois observations des plus nettes : dans l'une, l'enfant a succombé, après une péritonite à foyers multiples qui nécessitèrent des incisions successives, dans toutes les régions de l'abdomen (le foyer périrectal fut l'avant-dernier) ; les deux autres opérés ont fort bien guéri. A ce propos, Delanglade cite une étude de ce procédé par Mauclair, sur le cadavre ; un fait opératoire heureux de Sutton².

Les arguments, qui plaident en faveur de l'incision périnéale contre la voie rectale, sont les mêmes, nous dit Delanglade, que pour l'incision périnéale des abcès prostatiques. Là, en effet, il est bien certain qu'on voit mieux ce qu'on fait, qu'on est moins exposé à l'hémorragie immédiate ou consécutive, car il est plus facile de lier et de pincer les vaisseaux, qu'enfin on met le foyer à l'abri de l'infection mixte, stercorale, inévitable s'il communique avec le rectum. En fait, l'ouverture spontanée des abcès chauds de la prostate dans le rectum donne des résultats en moyenne mauvais ; leur ouverture chirurgicale par cette voie donne des résultats bons, mais inférieurs à ceux du drainage périnéal.

Cela est fort juste pour les abcès prostatiques, mais n'est pas

1. DELANGLADE. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1900, n. s., t. XXVI, p. 600.

2. E.-M. SUTTON. — *Journ. of the amer. med. Assoc.*, Chicago, 1898, t. XXX, p. 1438.

tout à fait applicable aux abcès pelviens de l'appendicite, et il convient, tout d'abord, de faire remarquer que l'infection secondaire d'origine rectale ne doit pas, en principe, être aussi fâcheuse que dans le cas précédent. Car le pus est, ici, d'origine intestinale, et du rectum ne peuvent guère venir dans la poche des microbes qui ne l'infectent pas déjà. Et ce raisonnement théorique — qui à lui seul ne vaudrait rien, comme tous les raisonnements théoriques — est confirmé par la clinique, quand nous voyons ce qui se passe lorsque l'abcès s'ouvre de lui-même dans le rectum. C'est là, en effet, un des rares modes de guérison spontanée pour les foyers appendiculaires collectés, et j'ai vu guérir, soit avec une retouche opératoire, soit sans aucune intervention chirurgicale, tous les malades chez lesquels le pus a été évacué par l'intestin. Ces faits concernent quatre filles et un garçon : encore verrez-vous que, pour le garçon, l'ouverture rectale n'a pas été primitive. Par un hasard de série, les quatre filles ont été observées en peu de temps, toutes quatre en 1897, et trois de ces observations sont publiées dans la thèse de mon élève Esnault, en sorte qu'il me suffira de les résumer brièvement.

C'est d'abord celle d'une fille de onze ans et demi qui, brusquement atteinte le 24 juin 1897, entra à l'hôpital le 30 juin et fut mise au traitement médical, qui amena assez rapidement la sédation des symptômes ; et, le 7 juillet, la température devint normale. A partir du 13 juillet, sans aucun phénomène péritonéal, avec l'abdomen souple et seulement un peu empâté dans le bas de la fosse iliaque droite, le thermomètre monta tous les soirs aux environs de 38°, et le 19 juillet, à 5 heures et demie du soir, sans douleur, eut lieu une décharge abondante de pus par l'anus ; l'infirmière a également affirmé qu'il s'en était écoulé du vagin (et ce fait est à tort admis sans réserves dans l'observation publiée par Esnault), mais cela n'a pas été vérifié par moi les jours suivants, tandis que l'évacuation rectale s'est reproduite pendant quelques jours. Après cela, le ventre redevint très vite normal, avec encore un peu plus de résistance à droite qu'à gauche, puis la convalescence fut rapide et le 2 septembre l'enfant nous quittait complètement guérie.

De même, je n'eus absolument rien à faire chez une fille de neuf ans, qui, après six mois de douleurs abdominales mal caractérisées, nous fut apportée le 31 octobre 1897, au onzième jour d'une crise aiguë. Le ventre était peu douloureux à la pression, sans rien de net dans la fosse iliaque. Le 2 novembre survint de la diarrhée, avec selles liquides, jaunes, formées certainement de pus, tandis que l'état s'améliorait sensiblement et que la température tombait à 37°7. Le pus dans les selles fut constaté jusqu'au 9 novembre; à partir de ce moment la convalescence fut rapide et l'enfant rentra chez elle, le 4 décembre, tout à fait bien portante.

Je vous ai dit que, pour le garçon, l'histoire avait été un peu différente; le 16 janvier 1900, je lui avais, en effet, ouvert d'urgence un gros abcès de la fosse iliaque, et tout allait bien lorsque, le 29 au soir, la température remonta à 38°5, tandis qu'à gauche se formait, au-dessus de l'arcade de Fallope et près de la ligne médiane, une bande empâtée, douloureuse, et qu'au toucher rectal on sentait bomber en avant une masse non fluctuante; la température vespérale s'éleva ainsi les 29, 30 et 31 janvier, et elle était redevenue normale, lorsque le 2 février s'écoula par le rectum une assez grande quantité de pus fétide. Cela dura, avec peu d'abondance, pendant quelques jours, et la convalescence, à partir de ce moment, fut ininterrompue, en sorte que l'enfant sortit de l'hôpital le 4 mars, entièrement guéri. Il s'est donc agi, dans ce cas, d'un abcès pelvien secondaire, et non point primitif comme chez les deux filles.

Lorsqu'on lit dans les auteurs un peu anciens la description de la pérityphlite ou des abcès de la fosse iliaque, on voit qu'il y est question des évacuations, relativement favorables, de la collection dans l'intestin. Mais nos devanciers admettaient volontiers que l'ouverture se faisait dans le cæcum ou dans le côlon ascendant. Nous croyons, au contraire, aujourd'hui, que, presque toujours l'ulcération porte sur le rectum et que cette évolution spontanément heureuse est réservée aux poches pelviennes; au moins il en fut ainsi chez les malades que j'ai observés.

Les faits précédents démontrent que cette ouverture peut, à elle

seule, être suffisante; et même, dans les trois cas, les suites furent remarquablement bénignes, le foyer se vida vite et bien. Mais il était à prévoir que l'œuvre de la nature ne serait pas toujours parfaite et que le foyer, mal drainé, pourrait être la cause d'accidents plus ou moins graves. C'était, en particulier, certain, si, comme je l'ai vu une fois, avec le prolongement pelvien existait une poche plus ou moins élevée où le pus stagnerait, et c'est ce qui se passa chez une fille de neuf ans et demi, que j'admis à l'hôpital le 2 novembre 1897. Le début, classique, de l'appendicite aiguë, remontait au 5 septembre, et le 25 avait eu lieu une défervescence brusque, consécutive à une évacuation de pus par l'anus. Mais ce ne fut qu'une détente, et à partir de cette date la collection se vida tous les cinq ou six jours, tandis que, dans l'intervalle, la température remontait. De là une intoxication septique assez grave, en sorte que l'enfant, lorsque je l'examinai, était pâle, amaigrie, sans appétit, avec la langue sale; le pus n'avait pas coulé dans le rectum depuis plusieurs jours, et la température était à 38°8. A la palpation, je sentis un empâtement profond de la fosse iliaque droite, sans saillie accessible à ce niveau, et dans la fosse lombaire un soulèvement mal limité, avec fluctuation profonde. Il y avait donc une poche lombo-iliaque ouverte dans l'intestin par un trajet fistuleux insuffisant. Le 3 novembre je fis, dans la région lombaire, une longue incision verticale, et j'arrivai dans un abcès qui se prolongeait en bas et en dedans vers le détroit supérieur, par un long tunnel où j'engageai le petit doigt, mais sans pouvoir arriver au fond. J'installai d'abord un tamponnement à la gaze iodoformée parce que les parois, assez fongueuses, avaient donné une hémorragie en nappe abondante, mais, le 9 novembre, la gaze fut remplacée par deux drains. L'amélioration fut immédiate: il n'y eut plus jamais de pus dans les selles, la fièvre tomba peu à peu, l'intoxication septique cessa, l'appétit revint, la plaie se cicatrisa et, le 6 janvier 1898, la guérison était complète.

Non seulement — et cela est tout naturel — l'évacuation spontanée ne suffit pas lorsqu'un trajet étroit descend de la région lombo-iliaque vers le bassin, mais quelquefois un petit foyer exclusivement pelvien peut rester la cause d'une septicémie grave. Ce

fut le cas d'une fille de douze ans auprès de laquelle je fus appelé le 27 août 1897. Elle était malade depuis la fin de juillet et avait été soignée à la campagne pour une fièvre typhoïde ; mais on diagnostiqua ensuite une appendicite et on me pria de voir l'enfant : quelques minutes avant mon arrivée eut lieu une énorme débâcle de pus par l'anus, et je n'eus qu'à voir un bassin plein de liquide jaune, horriblement fétide. La douleur, jusque-là très violente, se calma aussitôt, la fièvre cessa, le ventre devint souple. Mais cette amélioration ne dura qu'une quinzaine de jours et bientôt la malade fut reprise d'accidents légers, avec douleur iliaque droite, météorisme, inappétence, diarrhée, et surtout phénomènes de septicémie chronique fort accentués et température oscillant entre 38° et 39°. Je fus appelé de nouveau à la fin de septembre ; je vis d'abord une éruption purpurique m'indiquant qu'il fallait agir vite pour tenter d'enrayer la septicémie, et je fis entrer l'enfant à l'hôpital Trousseau le 24 septembre. Localement, la fosse iliaque droite n'était douloureuse que si on palpait profondément, et il y avait un peu d'empatement ; en haut et à droite, le doigt introduit dans le rectum sentait un peu de résistance.

Pour ne pas ouvrir largement dans le péritoine un foyer péri-rectal infecté, je me proposai d'opérer par voie sous-péritonéale. Le 25 septembre, je décollai donc la fosse iliaque, comme pour pratiquer la ligature de l'iliaque externe ; mais je continuai ma route au delà des vaisseaux, et au-dessous du détroit supérieur je trouvai le péritoine pariétal épaissi, lardacé. Là, je l'effondrai et j'entrai dans une cavité fongueuse, contenant une quantité médiocre de pus fétide et mal lié. J'y plaçai deux gros drains, sans chercher l'appendice. L'effet de ce nettoyage fut excellent. Sans doute, nous eûmes une vive alerte : dans la nuit du 1^{er} au 2 octobre eut lieu par la plaie une hémorragie considérable, dont on ne s'aperçut que le matin, en faisant la toilette de l'enfant. Mais un tamponnement à la gaze iodoformée arrêta le sang, qui semblait couler en nappe de tout le foyer opératoire, et ce fut la dernière manifestation de la septicémie hémorragique dont le purpura nous avait indiqué l'existence. Les injections de sérum eurent raison de l'anémie aiguë, la température devint nor-

male et la cicatrisation s'effectua sans encombre. Le 9 novembre la malade sortait de l'hôpital, et je l'ai revue plusieurs fois, bien portante.

Au total, cela fait donc cinq enfants chez lesquels j'ai vu le pus se frayer un chemin vers le rectum, et tous les cinq ont guéri ; deux fois il a fallu aider au succès par une opération, mais une seule fois, dans le dernier cas que je viens de vous relater, il s'agissait d'un foyer exclusivement pelvien qui ne consentit pas à se cicatriser de lui-même. J'avais donc la notion que la communication avec l'intestin n'a pas ici les mêmes inconvénients que pour les abcès de la prostate, et, d'autre part, je savais qu'à Lyon mon ami Jaboulay a conseillé d'ouvrir par le rectum les collections d'appendicite bombant dans cet intestin. C'est pour cela que, chez la malade qui a servi de thème à cet entretien, j'ai passé par le rectum, sitôt constatée l'absence d'adhérences dans la grande cavité péritonéale. L'opération fut remarquablement simple et rapide, et vous avez vu que les suites en ont été très favorables.