

corps rugueux, fragiles, cassants, en raison des lésions qu'ils déterminent quelquefois.

Traitement. — Le traitement varie naturellement suivant la nature du corps étranger, son volume, sa fragilité, ses irrégularités.

L'idée qui se présente la première à l'esprit est l'extraction par la voie anale. — Elle nécessite souvent toute l'ingéniosité du chirurgien. Marchetti en a donné un exemple partout cité, en engageant dans un roseau creux la queue de porc hérissée de soies raides et piquantes que des étudiants dans une orgie avaient introduite dans le rectum d'une fille publique. — Cette extraction peut se faire avec les doigts, avec la main, avec des pinces, un petit forceps, des crochets, une vrille, un tire-fonds, un électro-aimant; chez la femme on pourra s'aider de la version opérée par deux doigts introduits dans le vagin. — L'extraction est souvent précédée de la dilatation forcée du sphincter, de son incision (Boyer, Jobert, Raffy). Enfin, dans quelques cas, le corps étranger doit être fragmenté, moyen dangereux auquel on n'aura recours qu'en dernière analyse. Si le corps étranger est pointu, on peut engager plus profondément une des pointes pour dégager l'autre, ou bien sectionner avec une pince coupante la portion intermédiaire et extraire séparément les deux moitiés du corps étranger ainsi artificiellement divisé.

L'opération, en cas de nécessité, est singulièrement facilitée pour des corps étrangers volumineux par la rectotomie linéaire postérieure.

Enfin, lorsque le corps étranger siège trop haut, on a recours à la laparotomie, soit en imitant la conduite de Verneuil (1880), qui, sans diviser l'intestin, avec la main introduite dans l'abdomen, refoula le corps étranger vers l'anus; soit en pratiquant l'extraction par une ouverture de l'intestin, que l'on suture ensuite.

QUATRIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE L'ANUS ET DU RECTUM

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

1^o AFFECTIONS PRURIGINEUSES DE L'ANUS

Nous ne ferons que mentionner un certain nombre d'affections prurigineuses, observées surtout chez des herpétiques ou des arthritiques, souvent liées à la présence d'oxyures ou d'autres vers intestinaux, à la constipation, aux hémorroïdes, ou encore à des écoulements irritants du rectum et du vagin chez des individus malpropres. — Ces affections, remarquables par leur ténacité, sont l'*érythème*, l'*eczéma*, le *lichen* et l'*herpès*; leurs lésions primitives, rougeur, vésicules, papules, sont souvent fort modifiées par un grattage incessant. Sous l'influence du prurigo qu'elles provoquent, peuvent se produire de vraies crises nerveuses chez les sujets très irritables.

2^o RECTITE

L'inflammation du rectum, rectite, proctitis, n'est pas très fréquente, elle est souvent méconnue.

Étiologie. — La rectite est *primitive* ou *secondaire*.

La *rectite secondaire*, la plus commune, succède fréquemment chez les enfants aux inflammations du gros intestin. — Souvent elle accompagne l'herpès anal, la fissure, les fistules à l'anus, les hémorroïdes, les rétrécissements, les polypes et les autres tumeurs; plus rarement elle précède et favorise l'ouverture d'inflammations suppuratives du petit bassin: phlegmasies de la prostate, des vésicules

séminales, inflammations périutérines. — Une des variétés les plus importantes est la *rectite chancreuse*, plus fréquente chez la femme comme le chancre qui en est la cause.

La *rectite primitive* survient exceptionnellement sans cause appréciable; souvent elle a pour origine l'abus des lavements, l'usage répété des suppositoires, l'accumulation de matières fécales, la présence de corps étrangers ou enfin des habitudes invétérées de pédérastie; chez quelques personnes l'usage constant de la bière, de la rhubarbe, de l'aloès, suffit pour la provoquer. — Les deux variétés les plus importantes sont la *rectite vermiculaire*, liée surtout à la présence des oxyures, et la *rectite blennorrhagique*. — Les discussions relatives à cette dernière variété ne sont pas closes; la blennorrhagie anale est incontestable et incontestée. La blennorrhagie rectale est très rare (Vidal, Tardieu, Gosselin); elle semble cependant devoir être admise dans quelques cas d'inoculation pédérastique directe; Bonnière la nie complètement; le plus souvent on a simplement affaire à l'extension d'une blennorrhagie anale ou vulvaire, surtout chez la femme.

Symptomatologie. — Cliniquement, la rectite est *aiguë* ou *chronique*. La *rectite aiguë* se caractérise d'abord par de la pesanteur anale et par des phénomènes douloureux. Ceux-ci sont variables dans leur intensité et dans leur étendue; ils peuvent s'étendre du périnée au sacrum et au coccyx, irradier vers les reins, la vessie, l'utérus, s'accompagner de dysurie, de métrorrhagies. Au début existe une constipation qui fait rapidement place au ténesme, à de fausses envies, à des selles douloureuses, ou à l'émission de simples glaires plus ou moins sanguinolentes mêlées à du muco-pus.

La muqueuse est uniformément rouge dans la *rectite simple*; couverte de points rouges dus aux piqûres des entozoaires dans la *rectite vermiculaire*; rouge au début, granuleuse à la longue dans la *rectite blennorrhagique*; l'écoulement dans ce cas a une grande importance, il est épais, d'un jaune plus ou moins verdâtre; enfin dans la *rectite chancreuse* on trouve, autour des chancres, de petites saillies, mamelonnées comme des grains de chènevis ou des pois, occupant tout le canal anal et l'extrémité inférieure de l'ampoule rectale. — Toutes ces lésions sont faciles à observer, si l'on n'oublie pas de recourir à l'emploi du *speculum ani*, instrument souvent trop négligé. La résolution est la terminaison habituelle.

La *rectite chronique* continue le plus souvent la rectite aiguë mal soignée: elle est caractérisée par une pesanteur, une chaleur anale allant jusqu'à la sensation de brûlure, sensation constante accompagnée de douleurs plus ou moins vives dans la défécation, et d'un écoulement muco-purulent presque constant. — La diarrhée alterne fréquemment avec la constipation.

L'examen au spéculum relève en général des ulcérations multiples, arrondies, peu profondes, plus ou moins atones ou granuleuses, se détachant sur la coloration violacée de la muqueuse. — C'est une affection fort longue à guérir, très sujette à récurrence, se compliquant de phlegmons, abcès, fistules; elle fait très souvent suite à la rectite blennorrhagique. La rectite chronique intense, qu'elle soit de cause vénérienne ou non, aboutit parfois à la formation de végétations, de bourgeonnements papillomateux irréguliers et superficiels qui créent des relations importantes entre cette rectite et certaines tumeurs que nous décrirons plus loin. — Hamonic (Thèse, 1885) a résumé et rattaché tous ces faits sous le nom de *rectite proliférante*; Reclus les avait étudiés avant lui sous le nom de *molluscum fibreux de la région ano-rectale*. Les tumeurs qui caractérisent cette variété de rectite chronique occupent la région anale ou ano-rectale. Elles peuvent envahir aussi la marge de l'anus. Il est exceptionnel de ne trouver qu'une seule végétation; il est rare aussi qu'elles soient confluentes au point qu'on ait du mal à les compter. Elles atteignent parfois le volume d'une noisette, quelquefois même d'une petite noix; souvent elles ne dépassent pas celui d'un grain de millet. Elles sont tantôt sessiles, tantôt pédiculées. Leur présence cause un certain nombre de troubles fonctionnels faciles à comprendre: une sensation pénible de corps étranger, des crises de ténesme et des épreintes plus ou moins douloureuses.

Elles s'enflamment et donnent lieu à des sécrétions abondantes, ou bien elles s'ulcèrent et des hémorrhagies se produisent.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la rectite aiguë sont au début celles des inflammations muqueuses, érythémateuses ou catarrhales: hyperémie, taches ecchymotiques, gonflement, friabilité de la muqueuse; plus tard la muqueuse s'épaissit, devient granuleuse, bourgeonnante.

Les *ulcérations* se développent entre les mamelons de la muqueuse dans la rectite chronique, tantôt petites, tantôt larges et superficielles;

les tissus voisins s'indurent, se sclérosent, et cet épaissement peut aller jusqu'à produire une variété de rétrécissements du rectum. — Comme dans tous les épaissements périviscéraux, on voit fréquemment se développer des abcès qui viennent s'ouvrir au dehors, et créent des trajets fistuleux persistants, dont on a bien du mal à se rendre maître. Anatomiquement, les tumeurs de la *rectite proliférante* sont des *papillomes*. Leur surface est formée par un revêtement épithélial pavimenteux au-dessous duquel on trouve du tissu conjonctif du type normal, avec des fibres élastiques nombreuses, des faisceaux de fibres musculaires lisses, des vaisseaux qui irriguent le néoplasme en tous sens (Malassez).

Le **diagnostic** se base sur les commémoratifs, les symptômes, l'examen des selles, de l'écoulement anal, les résultats du toucher révélant une élévation de température, enfin l'examen au spéculum. Des inoculations du liquide sécrété, pourraient être faites dans le but de reconnaître la nature blennorrhagique, vénérienne ou syphilitique de l'affection; mais les résultats ne sont pas absolument démonstratifs et l'expérience est toujours dangereuse.

La rectite ne peut guère être confondue qu'avec la dysenterie; l'extension des phénomènes au gros intestin, la fréquence des selles, les hémorrhagies, l'état général, permettront facilement de reconnaître cette dernière.

La rectite proliférante ne sera pas confondue avec les polypes du rectum presque spéciaux à l'enfance et de consistance beaucoup plus molle.

Enfin on n'oubliera pas que, dans quelques cas rares, les symptômes de rectite observés ne sont que les indices d'une phlegmasie voisine prostatique ou périutérine.

Traitement. — Au début, applications émollientes, bains, lavements; plus tard, lavements astringents au ratanhia, au tannin, injection d'une solution de nitrate d'argent, lavages fréquents, interposition de mèches iodoformées; si ces moyens ne suffisent pas on aura recours à l'abrasion avec le thermocautère, précédé, dans le cas où les productions siègent trop haut pour être facilement atteintes, de la dilatation sous le chloroforme.

5° PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Les inflammations qui se développent autour de l'anus et du rectum se divisent en deux groupes établis sur les dispositions anatomiques de la région.

Les unes siègent *au-dessous du releveur de l'anus*; les autres occupent la région comprise *entre ce muscle et le péritoine pelvien*.

Dans le premier groupe nous étudierons *les abcès superficiels*, qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les appareils pilosébacés de la marge de l'anus; ce sont les *abcès de la marge*, proprement dits, — *et les abcès profonds* qui ont pour siège la fosse ischio-rectale. On les désigne ordinairement sous le nom de phlegmons de la fosse ischio-rectale ou de l'espace pelvi-rectal inférieur.

Le deuxième groupe ne comprend qu'une variété : *les phlegmons et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur*.

I. — *Phlegmons et abcès de la loge inférieure.*

Étiologie. — Les abcès sous-jacents au releveur s'observent surtout chez l'homme, et particulièrement chez l'homme adulte, sans qu'il soit possible de donner les raisons de cette fréquence. — Les conditions étiologiques de leur développement sont fort diverses : tantôt les causes sont pour ainsi dire inappréciables, *phlegmons idiopathiques* ou mieux primitifs; tantôt elles résident dans une lésion quelconque de l'anus, du rectum ou des parties voisines, *phlegmons consécutifs* ou secondaires.

Les *abcès superficiels* ou *de la marge de l'anus* sont quelquefois purement idiopathiques, au moins en apparence; mais dans bon nombre de cas on peut accuser un traumatisme de la région anale, l'irritation produite par l'usage de linges ou de papiers grossiers, malpropres, la transpiration provoquée par des marches forcées, des écoulements irritants du rectum, ou du vagin chez les femmes, certains flux menstruels, des écorchures résultant d'un grattage violent provoqué par des démangeaisons oxyuriques ou autres. — Velpeau signalait encore l'irritation produite par les poils de la

région coupés avec des ciseaux en repoussant après avoir été rasés. Enfin nous mentionnerons les piqûres de sangsues, le passage de matières fécales dures, un toucher rectal pratiqué trop brutalement. Beaucoup de ces abcès ont leur point de départ dans un petit appareil pilo-sébacé : ce sont des *abcès tubéreux*.

Les *abcès profonds* ou de la fosse ischio-rectale succèdent à des traumatismes plus violents, coups de pied, séances prolongées d'équitation sur des selles dures, chutes sur le siège. — La violence porte parfois sur le rectum lui-même : toucher rectal brusque, pédérastie, plaies du rectum par des canules métalliques mal dirigées et poussées avec force, introduction de corps étrangers, enfin certaines opérations telles que dilatation du rectum, extirpation d'hémorroïdes, excision de condylomes, etc.

Sabatier insistait déjà sur le rôle de petits corps étrangers alimentaires arrêtés par des valvules de Houston; Duplay ne croit pas que cette cause soit fréquente. — Certaines rectites chroniques, les ulcérations de l'extrémité inférieure du rectum, l'étranglement d'hémorroïdes internes, l'inflammation des hémorroïdes superficielles, le cancer, les rétrécissements du rectum doivent être incriminés dans quelques circonstances. Parmi ces causes, c'est surtout la *phlébite des varices hémorroïdales* qu'il faut retenir.

Enfin les phlegmasies prostatiques ou périprostatiques, l'inflammation des vésicules séminales, peuvent également, bien que le fait soit rare, se propager au tissu cellulaire ischio-rectal.

Parmi ces conditions étiologiques, beaucoup réclament un examen attentif pour ne pas être méconnues, et il est bien probable que l'on doit rapporter à l'une de ces causes quelques-uns des phlegmons qualifiés d'idiopathiques, notamment ceux que l'on observe chez des sujets très robustes.

La plupart des abcès idiopathiques, se rencontrent chez des individus en puissance de tuberculose. Ils se produisent sans cause locale appréciable, à la suite de fatigues excessives, de surmenage, d'une affection thoracique (la pleurésie particulièrement). Ils donnent l'éveil au médecin, et l'amènent à surveiller son malade au point de vue de la tuberculose. — Enfin certains abcès se rencontrent chez des tuberculeux avérés déjà amaigris.

Cette question des rapports de la tuberculose avec les abcès de la marge de l'anus est déjà ancienne. Bordeu est un des premiers qui

les ait signalés et Grisolle y a beaucoup insisté. Tantôt c'est une ulcération tuberculeuse cutanée ou muqueuse qui provoque l'apparition d'un abcès, tantôt il s'agit d'une gomme tuberculeuse sous-cutanée qui se ramollit et s'élimine.

Symptômes. — Marche. — Terminaisons. — Cliniquement, les phlegmons et abcès de la marge de l'anus se présentent sous trois aspects principaux :

1° *L'abcès tubéreux*;

2° *Le phlegmon proprement dit de la marge de l'anus*;

3° *Le phlegmon de la fosse ischio-rectale*.

Nous écartons à dessein (pour ne pas multiplier les divisions) l'*abcès phlébitique circonscrit* de Chassaignac, inflammation purulente rare, limitée à une ampoule hémorroïdale oblitérée.

1° *Abcès tubéreux.* — C'est l'abcès indolent, deuxième variété de la classification adoptée par Gosselin. Ces collections purulentes, dépassant rarement le volume d'une petite noix, siègent habituellement très près de l'orifice anal; elles sont très superficielles, séparées de l'extérieur par la peau mince de la région, entourées à peine d'une légère induration. A peu près complètement indolentes, elles n'empêchent pas les malades de vaquer à leurs occupations habituelles, et peuvent en tous points se comparer aux abcès tubéreux de l'aisselle.

Au bout de quatre à cinq jours l'abcès s'ouvre spontanément, et c'est souvent à ce moment que le malade reconnaît seulement la cause de la petite gêne qu'il éprouvait au niveau de la région anale. L'ouverture donne issue à quelques gouttes d'un liquide séreux, quelquefois sanguinolent et fétide comme dans la plupart des collections purulentes développées au voisinage du tube digestif. Quelques débris glandulaires s'y trouvent parfois mélangés, et témoignent ainsi de l'origine probable de l'affection. Il s'agit en effet le plus souvent, ainsi que l'admet Duplay, d'une inflammation des glandes sébacées volumineuses de la région, bien plutôt que d'une lymphangite superficielle, ainsi que le croyait Chassaignac.

Ces petits abcès se cicatrisent ensuite très rapidement, excepté toutefois chez certains phthisiques. Ils n'avaient sans doute chez eux, que l'apparence des abcès tubéreux simples.

2° *Phlegmon proprement dit de la marge de l'anus.* — Le plus fréquent et le type des abcès de la marge de l'anus, l'abcès phleg-

moneux est remarquable par les douleurs qu'il provoque et la gêne qu'il apporte aux diverses fonctions.

Ces abcès se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané; ils sont beaucoup moins bien circonscrits que les précédents. — A une distance plus ou moins grande de l'anus se montre une tuméfaction douloureuse qui s'étend à un ou deux travers de doigt de l'orifice anal. La peau à ce niveau est chaude, d'un rouge d'abord uniforme, puis plus foncé au centre, dont la teinte est fortement violacée, lorsque la tuméfaction phlegmoneuse pointe vers l'extérieur; le malade y ressent les battements de l'inflammation. — Le gonflement est assez douloureux pour empêcher la position assise, gêner la défécation, et rendre très pénibles les explorations digitales nécessaires.

La *suppuration* ne tarde pas à s'y montrer, et elle devient rapidement évidente, soit par la pression alternative des deux index, soit par le choc en retour recherché avec un seul doigt, soit enfin, dans quelques cas, en se servant du procédé de Chassaignac, qui consiste à la rechercher entre deux doigts, l'un introduit dans le rectum, l'autre appuyant à l'extérieur.

Ces phénomènes locaux peuvent s'accompagner d'un peu de fièvre et de l'état saburral des premières voies digestives.

L'abcès abandonné à lui-même s'ouvre le plus souvent *au dehors*; il est infiniment préférable de ne pas attendre cette solution, sous peine de voir succéder à l'abcès une complication fort longue et fort ennuyeuse, la *fistule à l'anus*, dont l'histoire est si intimement liée à celle des abcès de la marge de l'anus.

L'*ouverture* se fait souvent *dans le rectum* isolément: elle peut être double par perforation simultanée ou successive de la peau et du rectum.

Certains de ces abcès présentent une indolence remarquable comme ceux de la variété précédente.

La fistule à l'anus ne se constitue pas toujours immédiatement après l'ouverture de l'abcès; celui-ci semble parfois guéri; en réalité il ne l'est qu'incomplètement; un trajet subsiste, inaperçu et ne fournissant qu'un suintement insignifiant; mais au bout de quelques semaines l'écoulement augmente, et la fistule est constituée définitivement.

3° *Phlegmons et abcès de la fosse ischio-rectale*. — Cette variété d'inflammation se présente sous deux formes principales:

a. Le phlegmon proprement dit;

b. Le phlegmon gangréneux.

a. *Phlegmon ischio-rectal simple*. — Des symptômes assez obscurs: douleurs pulsatiles dans le périnée, difficulté de la défécation, dysurie, avec des phénomènes généraux d'une intensité variable, marquent le début de l'affection. Celle-ci évolue rapidement, et en général au bout de peu de temps une énorme induration phlegmoneuse envahit une grande partie de la circonférence de l'anus, s'étendant de la pointe du coccyx à la racine des bourses, et transversalement de l'anus à l'ischion, empiétant même souvent sur la région fessière. — Dans quelques cas, les téguments ne sont point envahis d'abord, et l'affection ne peut être reconnue que par le toucher rectal. (Chassaignac.)

Sous l'influence du travail inflammatoire profond, les téguments s'épaississent encore et l'induration les transforme en une sorte de carapace très épaisse, comme cartilagineuse, augmentant ainsi la hauteur des tissus que le pus doit franchir pour arriver au dehors.

Refoulée dans la profondeur, la suppuration y étend ses ravages vers les bourses, *diverticule périnéal*; vers la tubérosité ischiatique et la fesse, *diverticule fessier*; dissèque le pourtour du rectum, *diverticule pelvien*; perfore les plans aponévrotiques et produit ainsi une véritable *dévastation* du bassin. (Chassaignac.)

Cette destruction met ordinairement dix à douze jours à se faire; à ce moment, la peau tendue, violacée, se couvre de phlyctènes; des eschares se produisent, et donnent enfin issue à du *pus fétide* souvent mélangé de gaz. L'*ouverture par le rectum* ne s'observerait pas toujours (Gosselin); elle peut coexister avec l'ouverture spontanée à la peau; suivant D. Mollière, Poulet et Bousquet, on la rencontrerait presque toujours la première, et seule, au moins pendant un certain temps. — Cette marche doit être surtout différente suivant la cause de l'affection.

Outre les diverticules purulents dont nous venons de parler, des fusées se font dans quelques cas à travers le releveur de l'anus dans l'espace pelvi-rectal supérieur, *abcès en bissac*, en *bouton de chemise*.

Enfin le pus, passant en avant du coccyx, peut dépasser la ligne médiane et envahir la fosse ischio-rectale du côté opposé; c'est l'*abcès en fer à cheval*.

On conçoit facilement que de pareils désordres ne se produisent point sans amener une réaction générale intense. Le pouls est très fréquent, la température élevée, la langue sèche, fuligineuse même; le malade est en proie à une soif vive, à une insomnie constante; il est agité, ou bien plongé dans une stupeur marquée. — Un écoulement abondant et fétide s'établit par les ouvertures spontanées tant de la peau que du rectum et il n'est pas rare de voir les phénomènes s'aggraver et la mort survenir au bout de quinze jours ou trois semaines.

Les choses se passent quelquefois plus heureusement : les phénomènes généraux tombent, et si le malade résiste à la suppuration prolongée, on voit se former autour du rectum des trajets fistuleux complexes et multiples sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Certaines phlegmasies ne présentent pas cette allure aiguë, grave; elles marchent insidieusement, mais leurs désordres facilement méconnus n'en sont que plus considérables : ce sont les phlegmasies ostéopathiques, et surtout les phlegmons qui reconnaissent pour cause le déversement des matières fécales dans la fosse ischio-rectale par une perforation large (J.-L. Petit, Tillaux).

b. *Phlegmons gangréneux de la fosse ischio-rectale.* — Boyer avait déjà signalé la tendance gangréneuse que présentent les inflammations ischio-rectales; le sphacèle est dû parfois à un excès d'inflammation; le plus souvent il doit être rapporté soit à un état général mauvais, soit à une constitution profondément débilitée, parfois à une infiltration d'urine dans la loge périnéale postérieure. — Mais sa grande, sa principale cause, c'est l'infiltration de matières stercorales et de gaz à travers une fissure, une crevasse du rectum; Chassaignac compare ce contact à celui de l'urine dans l'infiltration urinaire. — Les phénomènes généraux sont alors particulièrement graves; les gaz sont plus abondants dans le foyer purulent, la marche plus prompte, la terminaison rapidement fatale.

Diagnostic. — 1° Reconnaître l'existence d'un abcès de la marge de l'anus n'est pas chose difficile en général; seuls certains cancers de l'extrémité inférieure du rectum et quelques rétrécissements pourraient prêter à la confusion. — Les indurations phlegmoneuses et les fistules que l'on observe alors ne sont que des éléments accessoires. Les commémoratifs, l'évolution de l'affection, l'altération de l'état général, les résultats du traitement spécifique, enfin et surtout

les caractères propres fournis par le toucher rectal en cas de rétrécissements cancéreux ou syphilitiques fournissent des données autrement importantes et ne laissent aucune place à l'erreur.

2° Diagnostiquer la variété, par contre, n'est pas toujours facile; il ne saurait guère y avoir de doutes pour les abcès tubéreux; mais les abcès phlegmoneux, les abcès ischio-rectaux et les phlegmasies pelvi-rectales supérieures demandent à être étudiés d'un peu plus près pour se distinguer les uns des autres.

Le toucher rectal constitue encore le moyen de diagnostic le plus sûr : l'induration périrectale est peu considérable dans le phlegmon simple; elle ne dépasse guère le releveur, en cas de phlegmon de la fosse ischio-rectale, et remonte au contraire très haut dans le phlegmon pelvi-rectal supérieur. — De plus, on n'observe guère dans l'abcès phlegmoneux simple cet épaissement d'une moitié du périnée postérieur si marqué dans le phlegmon ischio-rectal; l'écoulement purulent est moins abondant, enfin l'affection évolue très rapidement d'une manière plus avantageuse.

3° Il peut y avoir un grand intérêt thérapeutique et pronostique à rechercher la cause du phlegmon. — L'auscultation devra toujours être pratiquée avec soin; donne-t-elle des résultats positifs au point de vue de la tuberculisation pulmonaire, la question est à peu près tranchée; mais même si elle reste négative ou douteuse, on ne saurait affirmer que la tuberculose n'est pas en jeu dans l'affection. — Les commémoratifs, l'examen local permettront, dans quelques cas, d'établir l'influence d'hémorroïdes, de plaies, d'opérations, de corps étrangers du rectum, d'affections de la prostate, des vésicules séminales, etc.

Le **pronostic** n'est pas grave dans les abcès tubéreux et les phlegmons superficiels des individus bien portants; chez les malades maigres, affaiblis, lorsque l'abcès de la marge de l'anus éveille l'idée de tuberculose, la guérison s'obtient plus difficilement.

Le phlegmon ischio-rectal est d'un pronostic très sérieux; l'importance des phénomènes généraux, l'abondance de la suppuration, les fistules interminables qui lui succèdent justifient trop les craintes que l'on doit exprimer dès le début. — Le danger est surtout grand dans les phlegmons gangréneux; la mort s'ensuit presque toujours malgré le traitement le mieux conduit.

Traitement. — La suppuration des phlegmasies périanales et

périmétrales est inévitable; les efforts des chirurgiens tendent surtout à prévenir la formation d'une fistule.

Depuis la célèbre discussion de l'Académie royale de chirurgie, deux méthodes différentes se partagent la faveur des praticiens.

Les uns, avec Foubert, sont partisans d'une petite incision faite au point culminant pour permettre l'évacuation du pus; si une fistule s'établit, on la traitera plus tard; c'est l'opinion de Boyer; c'est encore la pratique conseillée par Gosselin dans la plupart des cas.

Les autres, imitant la conduite de Faget, veulent que l'on incise immédiatement et très largement les tissus enflammés. Le bistouri dirigé de l'anus vers la périphérie, suivant le rayon de la circonférence, dont l'anus serait le centre, sectionne la partie inférieure de l'anus lui-même. Chassaignac, Verneuil se sont déclarés partisans de cette méthode qui permet d'éviter ainsi les fistules consécutives.

On lui a reproché d'exposer à des hémorrhagies et à l'incontinence des matières stercorales. Il est vrai que l'emploi du thermocautère met à l'abri de l'hémorrhagie et que l'incontinence est le plus souvent passagère.

L'une et l'autre théorie peuvent être défendues; il faut tenir compte des cas: dans les abcès phlegmoneux simples et même dans les abcès de la fosse ischio-rectale ne paraissant pas communiquer avec le rectum, on peut commencer par l'incision simple toujours dirigée vers l'anus; le foyer, bien vidé, sera lavé avec soin avec l'eau phéniquée forte, ou une solution de chlorure de zinc, et bourré de gaze iodoformée. Lorsque ces phlegmons se sont déjà ouverts dans le rectum ou qu'ils menacent de le faire, l'incision large entamant l'anus est mieux indiquée; l'emploi du thermocautère est particulièrement recommandé ici par beaucoup de chirurgiens.

Enfin dans les gros phlegmons profonds, il faut de très bonne heure inciser largement les téguments, au besoin faire des incisions multiples, bien désinfecter le foyer et en même temps prescrire un traitement général tonique pour lutter contre l'état général et les phénomènes si graves qu'entraînent ces phlegmons à tendance gangréneuse.

II. — *Phlegmons et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.*

Notions anatomiques. — Le tissu cellulaire lâche et graisseux que l'on trouve autour du rectum, au fond de l'entonnoir que figure

le releveur de l'anus, forme au-dessous du péritoine un espace, que l'on désigne avec Richet sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, par opposition à la fosse ischio-rectale, située au-dessous du releveur, et à laquelle on donne encore le nom d'espace pelvi-rectal inférieur. Sur la ligne médiane, l'espace supérieur répond en avant, chez l'homme, à la prostate et aux vésicules séminales; sur les parties latérales, il n'y a que du tissu cellulo-graisseux dans lequel cheminent les vaisseaux artériels et surtout les vaisseaux veineux qui se rendent au rectum.

Historique. — Les travaux de Richet, la thèse de Pozzi (1875), le travail de Lannelongue à la Société de chirurgie (1878), la thèse de Vasy (1879), et l'étude publiée par Bouilly dans les *Archives générales de médecine* de la même année sur la cellulite pelvienne, tels sont les documents d'après lesquels on peut tracer les principaux traits de cette affection.

Étiologie. — Le professeur Gosselin a divisé, au point de vue étiologique, les phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur en deux classes.

1° Les *phlegmons de la région antérieure*, qui reconnaissent pour cause des affections génito-urinaires: phlegmons et abcès prostatiques et périprostatiques (*Thèse de Segond*, 1881), lésions des vésicules séminales, de la vessie, de nature inflammatoire ou tuberculeuse.

2° Les *phlegmons de la région postéro-latérale*, plus rares, apparaissant sans cause appréciable chez des sujets très constipés (Richet), liés souvent à une rectite chronique ulcéreuse, à une ulcération quelconque du rectum, à des opérations chirurgicales ou à l'introduction de corps étrangers. — L'inflammation des veines hémorroïdales variqueuses a été invoquée dans quelques circonstances: ailleurs il s'agira de véritables adéno-phlegmons, consécutifs à des lymphangites, dont le point de départ est une ulcération anale ou périanale. — Enfin certains phlegmons reconnaissent pour cause la carie du sacrum ou encore une sacro-coxalgie.

Symptomatologie — Le début est des plus insidieux, caractérisé seulement par une sensation vague de pesanteur dans le bassin, par de la constipation, des garde-robes très éloignées et très douloureuses, des troubles dyspeptiques, enfin par une fièvre sans caractère spécial. — La résolution peut survenir; plus souvent c'est la suppuration qui se produit; elle est indiquée par les frissons et la fièvre.

Si l'affection est cantonnée autour de la prostate, on observe de la dysurie, de la rétention d'urine; le toucher rectal reconnaît en avant l'empatement et la fluctuation; — s'il s'agit d'un phlegmon postéro-latéral, la forme de la tuméfaction est parfois celle d'un croissant entourant la moitié postérieure du rectum.

L'affection, abandonnée à elle-même, suit des marches différentes: le plus souvent l'abcès une fois formé perfore le releveur de l'anus, envahit la fosse ischio-rectale, constituant un abcès en bissac, et finalement s'ouvre au dehors en donnant presque fatalement naissance à une fistule pelvi-rectale supérieure, long trajet de 8 à 15 centimètres de long qui aboutit extérieurement à 4 ou 6 centimètres de l'anus.

Les fistules pelvi-rectales d'origine osseuse s'ouvriraient plutôt à la partie postérieure de l'anus, ou à la partie inférieure de la fesse, au voisinage du pli fessier.

Dans une autre forme clinique, après la constipation du début survient de la diarrhée, et un jour l'ouverture s'étant faite dans le rectum, la collection se vide ainsi; mais elle se vide mal, et pendant un certain temps l'évacuation des matières est *suivie* de l'issue d'une certaine quantité de pus. — Cette succession est particulière à l'abcès pelvi-rectal supérieur. Dans les collections purulentes de la partie inférieure du rectum, l'issue du pus *précède* l'issue des matières.

Les parois de la poche purulente restent indurées longtemps, surtout quand des fistules se sont constituées.

On a vu chez la femme l'inflammation cheminer vers la fosse iliaque et des ouvertures se faire dans le vagin, ou la vessie (terminaisons rares).

De même l'affection peut présenter des variations importantes; à côté des cas aigus, il en est de plus insidieux, plus lents dans leur marche, et partant plus difficiles encore à diagnostiquer.

Le toucher rectal est l'élément le plus important du diagnostic; il permet de reconnaître l'étendue de l'induration, et de vider en partie le foyer lorsque l'ouverture s'est produite. Du pus peut ainsi être évacué par le rectum et révéler que l'abcès s'est fait jour de ce côté.

Pronostic. — Une pareille affection est forcément grave; sans parler des cas où elle est symptomatique d'une lésion de voisinage, la longueur de la suppuration, l'imminence presque fatale de fistule, obligent à bien des réserves.

Traitement. — Cependant le chirurgien appelé à temps arrive quelquefois à éviter ces fâcheuses conséquences, en pratiquant de bonne heure l'ouverture rectale, ainsi que Segond l'a conseillée et pratiquée dans les inflammations prostatiques et périprostatiques; pour cela on devra dilater le sphincter et s'aider du *speculum ani*.

CHAPITRE II

FISTULES A L'ANUS

Historique. — Le principal intérêt de cette question réside dans son traitement.

Aussi trouve-t-on dans tous les auteurs anciens des préceptes nombreux relatifs à la conduite à tenir vis-à-vis des fistules à l'anus.

Pendant longtemps, sur la foi d'Hippocrate, les chirurgiens, persuadés de l'innocuité des blessures et opérations pratiquées sur l'*intestin droit*, ne virent dans la fistule qu'une chose, la *callosité*, et n'eurent qu'une préoccupation, la détruire par tous les moyens possibles, le fer et le feu.

Peu à peu cependant, on devint plus réservé sur l'emploi de ces moyens barbares, et les sages préceptes de Celse sur les avantages de la ligature, se retrouvent dans les auteurs qui l'ont suivi, Avicenne, Fabrice d'Acquapendente, Guy de Chauliac.

Sous l'influence des idées de l'époque et par crainte des dangers que l'on attribuait à la suppression de certaines suppurations servant d'émonctoires, la thérapeutique devint de plus en plus timide. — Guy de Chauliac, dans l'excellent chapitre qu'il nous a laissé, s'autorise d'Avicenne et de Lanfranc, pour ne pas toucher aux fistules « ne faisant pas grande fascherie », à celles qui servent d'émonctoires; il invoque Albucasis pour refuser toute intervention pour « les fistules qui pénètrent jusqu'à la vessie et aux os des hanches et de la queue ». « Davantage, ajoute-t-il, c'est l'intention de tous que la fistule pénétrante plus que du milieu des muscles du fondement ne soit pas curée, d'autant que pire maladie s'ensuivrait qui est la