

toires, et qui siègent dans un tissu induré, guérissent parfois par l'excision de ce dernier.

Avant de pratiquer ces opérations, il est bon de faire jeûner les malades quelques jours, et de leur administrer des laxatifs, afin qu'on puisse ensuite provoquer la constipation, pendant quelques jours aussi, au moyen de l'opium. Avant l'opération, toute la région anale sera lavée avec de l'eau et du savon, puis arrosée d'une solution phéniquée. Après l'opération, on frotte la plaie avec un peu d'iodoforme, ou bien on y introduit un petit tampon de gaze iodoformée.

Processus inflammatoires du voisinage du rectum. Abscès périproctique. Fistule anale.

§ 170. — Les **abcès** qui se développent dans le tissu sous-cutané du voisinage de l'anus, de même que les **turoncles** nés dans cette région, ne présentent rien de particulier. Leur contenu perfore peu à peu la peau pour se déverser au dehors. Par contre, dans les suppurations situées plus profondément, grâce à la disposition anatomique des aponévroses et du muscle releveur de l'anus, le pus décolle les tissus et se fait jour à l'extérieur dans des directions bien déterminées. Ce fait a de l'importance, parce qu'il nous rend compte de la situation des abcès en question et de certains processus consécutifs, c'est-à-dire de la formation des fistules anales.

En effet, la plupart des abcès développés dans cette région, et qui ne proviennent pas de parties plus élevées du bassin ou de la colonne vertébrale, occupent l'espace limité en haut par le muscle releveur de l'anus. On sait que ce muscle vient s'insérer en forme d'entonnoir à l'extrémité inférieure du rectum, au niveau de la région supérieure du sphincter, et que, entre ses parois externes, d'une part, et les ischions de l'autre, il existe un espace entourant l'anus et la portion anale de l'intestin, espace rempli d'un tissu adipeux abondant, et désigné sous le nom de fosse ischio-rectale. Les processus inflammatoires peuvent s'y propager très librement, mais en haut, ils sont arrêtés dans leur extension, par le releveur de l'anus et l'aponévrose qui le recouvre, tandis qu'en bas, le feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale offre une résistance qui sera vaincue plus tard; le pus viendra alors former un abcès sous-cutané qui se fera jour au dehors à travers la peau. En dedans, la région de l'insertion du muscle releveur est évidemment celle qui offre le moins de résistance; aussi l'abcès s'ouvre-t-il de préférence dans la partie du rectum située immédiatement au-dessus du sphincter externe. Les abcès de la prostate et de l'urètre peuvent également s'étendre à la fosse ischio-rectale.

Les abcès situés au-dessus du muscle releveur de l'anus, sont beau-

coup plus rares, et, le plus souvent, ce sont des abcès par congestion. Cependant, on y observe aussi des abcès stercoraux par perforation d'ulcérations situées plus haut dans le rectum et survenues principalement à la suite de processus syphilitiques. Ces abcès descendent ordinairement le long du tissu conjonctif lâche qui entoure directement l'intestin, et perforent le releveur au niveau de son insertion sur le rectum.

Les **abcès périproctiques de la fosse ischio-rectale** ne donnent lieu parfois, au début, qu'à des symptômes assez obscurs, car ils se développent surtout dans la direction de l'intestin. Le doigt introduit dans l'anus, reconnaît alors l'existence d'une tuméfaction située immédiatement au-dessus de l'orifice anal dans la région des sphincters. Parfois l'abcès, avant de s'ouvrir dans le rectum, contourne complètement la partie la plus inférieure de ce dernier, décolle la peau et sépare l'intestin circulairement du tissu conjonctif périproctique (abcès disséquants).

La cause de la fréquence relative, dans le voisinage du rectum, de processus inflammatoires conduisant à la suppuration, doit être cherchée essentiellement dans la présence, à l'intérieur de l'intestin, d'agents d'inflammation et de putréfaction. Parfois, ces derniers agissent sur le tissu périproctique par la voie la plus directe, lorsqu'une ulcération de nature syphilitique, tuberculeuse ou diphtéritique vient à perforer les parois du rectum, et que des matières fécales pénètrent directement dans le tissu conjonctif voisin. Les corps étrangers restés accrochés dans les replis profonds de la muqueuse, peuvent également ouvrir une voie aux ferments de putréfaction. La grande richesse de la région en vaisseaux sanguins et lymphatiques, favorise encore d'une autre manière le développement de foyers de suppuration. Ainsi, lorsqu'à la suite d'un traumatisme, il se fait un épanchement sanguin dans le creux ischio-rectal, les vaisseaux transportent dans ce dernier les agents inflammatoires, et ceux-ci, à leur tour, provoquent facilement la désagrégation des thrombus, qui, assez souvent, se développent dans le riche plexus veineux hémorroïdal.

§ 171. — On rencontre dans le tissu périproctique des abcès qui évoluent d'une façon tout à fait **chronique**, sans incommoder d'une façon notable l'individu qui en est affecté. C'est surtout **chez les tuberculeux**, que l'on observe ainsi l'absence presque complète des symptômes de suppuration. Par contre, dans d'autres cas, le développement des abcès périproctiques s'accompagne de phénomènes très graves, et, le plus souvent, l'étendue de la suppuration et de la destruction des tissus, sont en raison directe de l'intensité des symptômes observés. Le pus évacué présente assez souvent une odeur fortement stercorale, sans que l'on puisse toujours en conclure, dans tous les cas, à une perforation de l'intestin; en effet, les corps gazeux peuvent facilement pénétrer par diffusion de l'intérieur du rectum dans le foyer purulent, à travers les parois de l'intestin.

Dans le **traitement de ces abcès**, l'incision pratiquée de bonne heure, et autant que possible par la peau, joue le rôle principal. Cette incision doit être très large, et si l'abcès est profond, on la maintiendra ouverte par le drainage. Malheureusement, le pus a souvent une tendance à perforer les parois du rectum, et chez les individus pourvus d'embonpoint, les téguments externes ont une trop grande épaisseur, pour que l'on puisse y pratiquer des incisions sans être sûr de rencontrer le foyer de suppuration. Lorsque l'abcès fait dans l'intestin une saillie considérable de consistance molle, il ne reste plus qu'à inciser à ce niveau, mais il est rare que l'on réussisse à obtenir la guérison par cette seule ouverture. Ce qui empêche la cicatrisation, dans ces cas, c'est la mobilité de l'intestin, et, d'autre part, les mauvaises conditions d'écoulement de l'abcès, dont la cavité, le plus souvent anfractueuse, descend plus bas que son orifice dans le rectum. Par conséquent, ici encore, on est presque toujours obligé de pratiquer une seconde ouverture à travers la peau dans le voisinage de l'anus; si l'on tarde trop à le faire, il se produit, le plus souvent, un décollement étendu de l'intestin (abcès disséquant), et dans ce cas, une large incision externe ne suffit plus, à elle seule, à déterminer la guérison de l'abcès. On commence alors par exciser les parties décollées de la peau. Mais, dans nombre de cas, le sphincter et le rectum jouent un rôle analogue à celui des téguments décollés. L'intestin, par le fait de sa mobilité, n'arrive pas à se souder, dans la cavité de l'abcès, avec la paroi opposée. Si, alors, on incise la paroi de l'intestin à travers la cavité de l'abcès, les bords de l'incision se rétractent, les mouvements du sphincter cessent, et la cicatrisation s'opère de haut en bas à partir de l'angle supérieur de la plaie.

On peut, pour cette opération, se servir du gorgéret que l'on introduit dans le rectum (tige de bois creusée d'une demi-gouttière et munie d'un manche). Un bistouri pointu est enfoncé à travers la peau et la paroi rectale jusque dans la cannelure de cet instrument. Puis on retire à la fois de l'anus gorgéret et bistouri, de façon à diviser la paroi de l'intestin. Lorsque le patient est soumis à l'action du chloroforme, on peut se servir au lieu du gorgéret, d'un spéculum univalve. On plonge alors simplement le bistouri à travers la paroi intestinale, que l'on divise de dedans en dehors. Ce dernier procédé est préférable à l'autre, car il permet de voir et d'arrêter aussitôt une hémorragie qui viendrait à se produire.

Souvent on est obligé de revenir plusieurs fois aux incisions et excisions de lambeaux cutanés pour obtenir la guérison d'un abcès périproctique.

Fistules ano-rectales.

§ 172. — Toute fistule tubulaire est nécessairement précédée de la formation d'un abcès; aussi voyons-nous assez souvent des fistules anales succéder à des abcès périproctiques. Suivant que la fistule a un double orifice, cutané et muqueux, ou qu'elle s'ouvre seulement dans le rectum ou à travers la peau, on s'est habitué à distinguer des fistules **complètes et incomplètes**, et parmi ces dernières, des fistules **borgnes internes et borgnes externes**.

La cavité de l'abcès ayant peu à peu diminué, il ne reste plus finalement qu'un conduit tapissé de granulations et entouré, le plus souvent, d'un tissu sclérosé abondant. Les considérations anatomo-pathologiques dans lesquelles nous sommes entré précédemment, nous expliquent déjà le peu de tendance de ces fistules à la guérison. Mais il existe encore une autre cause qui les empêche de se fermer spontanément. Comme, le plus souvent, la fistule a un orifice interne, ce dernier peut livrer passage à des substances qui, bien qu'en minime quantité, n'en jouent pas moins le rôle d'agents inflammatoires. La pénétration de ces substances dans le trajet fistuleux peut provoquer de nouvelles inflammations, surtout lorsque l'orifice cutané est étroit ou fait complètement défaut. Comme nous l'avons déjà rappelé plus haut, la mobilité de la portion sphinctérienne du rectum constitue également, de son côté, un obstacle à la guérison. Enfin, il arrive souvent que les trajets fistuleux ne sont pas simplement tubulaires, mais qu'ils communiquent, sous la peau, avec des cavités irrégulières dues à des décollements étendus; le conduit peut aussi présenter dans la profondeur des dilatations, ou bien il n'est pas droit, mais contourne circulairement le rectum ou se bifurque, ou enfin, il possède des diverticules, ou s'ouvre dans le rectum par plusieurs orifices. Les obstacles à la guérison sont encore plus considérables lorsque les ulcérations intestinales, qui ont été le point de départ de l'abcès par perforation de la muqueuse, ont des caractères spécifiques. La **tuberculose** se propage alors de l'ulcération dans la cavité de l'abcès, et les parois du conduit fistuleux, ainsi que les téguments de la marge de l'anus, ordinairement décollés dans une étendue plus ou moins grande autour de l'orifice de la fistule, offrent nettement les caractères d'une ulcération tuberculeuse de la peau. Dans les granulations du conduit et de la peau on rencontre assez souvent des tubercules miliaires en très grand nombre.

Du reste, même dans les cas où l'on n'a pas constaté l'existence antérieure d'une ulcération intestinale d'origine tuberculeuse, il n'est pas rare d'observer des fistules simplement tubulaires tapissées de granulations tuberculeuses. Cependant, ces fistules ont le plus souvent une certaine tendance à s'étendre, et elles sont toujours plus rebelles à nos moyens de traitement que les fistules non tuberculeuses. On doit toujours craindre alors que l'individu qui en est affecté, ne présente une prédisposition à la tuberculose d'autres organes.

La plupart des fistules ano-rectales succèdent à des abcès qui se sont développés dans le voisinage immédiat de la partie inférieure du rectum, ou ont