

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 gorgeret 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 gorgeret 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 gorgeret, 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

pour origine des tumeurs hémorroïdaires ou des ulcérations de la muqueuse. Une partie d'entre elles se produisent presque sans symptômes, c'est-à-dire que la période d'abcès fermé a passé inaperçue pour le malade; l'attention de ce dernier n'est éveillée que lorsque la fistule est déjà complètement développée. Il n'est pas rare de voir les fistules se former ainsi d'une façon insidieuse, surtout lorsqu'elles sont de nature tuberculeuse. Les orifices des fistules sont situés, le plus souvent, dans la région où elles se sont développées. En dehors, ils sont presque toujours groupés directement au pourtour de l'anüs, souvent tout près de ce dernier, et plus volontiers latéralement qu'en avant et en arrière. Cependant, il existe aussi des cas dans lesquels la fistule s'ouvre loin de l'orifice anal, sur les fesses, au périnée, etc. Souvent l'orifice externe est double ou multiple, et il n'est pas rare d'observer un décollement étendu de la peau. Le voisinage de l'orifice est le plus souvent ulcéré, ou montre une grande tendance à la rétraction cicatricielle. Il nous semble très vraisemblable que les fistules tuberculeuses des phthisiques sont dues aux crachats qu'avalent les malades; arrivés au niveau de la partie supérieure du rectum, les bacilles pénétreraient dans les replis que présente la muqueuse au-dessus du sphincter, et y resteraient fixés. Si ces bacilles déterminent une ulcération qui perfore les parois du rectum, la fistule tuberculeuse se trouve, dès lors, constituée. Les fistules tuberculeuses sont incomparablement plus fréquentes que les autres. Parfois, il est vrai, on observe des fistules qui reconnaissent comme cause des corps étrangers; ainsi, on rencontre particulièrement souvent, dans le trajet fistuleux, l'enveloppe dure et tranchante des pepins de pomme. De même que les arêtes de poisson, ce petit corps étranger pénètre dans les replis de la muqueuse rectale et provoque la formation d'un abcès.

Le trajet fistuleux passe ordinairement à travers les fibres du sphincter externe, et l'orifice interne de la fistule se trouve le plus souvent dans la région de ce muscle ou immédiatement au-dessus. Les fistules s'ouvrant plus haut dans le rectum sont extrêmement rares. Chez un seul de mes opérés l'orifice interne était situé à 3 1/2 pouces au-dessus de l'orifice anal. Les caractères anatomiques de cet orifice sont, du reste, analogues à ceux de l'orifice externe; cependant, plus souvent encore que ce dernier, il est extrêmement étroit, si étroit même que certainement une grande partie des fistules dites borgnes externes sont, en réalité, des fistules complètes dont on n'a pas réussi à découvrir l'orifice interne. Il arrive aussi que la fistule s'ouvre en dedans au niveau d'une large ulcération (fistule tuberculeuse), ou que la muqueuse soit décollée dans différentes directions autour de l'orifice interne. Quant aux orifices multiples, ils sont relativement peu fréquents.

Les abcès par congestion provenant du bassin ou de la colonne vertébrale, donnent aussi lieu, quelquefois, à des fistules qui s'ouvrent à l'extérieur ou dans le rectum lui-même. Leur diagnostic exige naturellement un examen attentif. Cependant l'anamnèse et l'exploration à l'aide de stylets permettront le plus souvent de les distinguer des fistules que nous étudions en ce moment.

§ 173. — Le diagnostic des fistules ano-rectales ne présente donc, en général, aucune difficulté. Par l'orifice externe s'écoule du pus, tantôt seulement en très petite quantité, tantôt en plus grande abondance; de temps en temps on observe des poussées inflammatoires dues à la rétention du pus. Parfois seulement on éprouve quelques difficultés à constater les relations du trajet fistuleux avec le rectum. Un abcès situé dans le voisinage de l'intestin et s'ouvrant seulement dans ce dernier par un trajet fistuleux (fistule borgne interne), est une cause de douleurs dans la défécation; parfois il s'écoule un peu de pus par l'anüs. Le toucher rectal permet de constater l'existence d'une tumeur dans le voisinage de l'anüs, et assez souvent une fossette correspondant à l'orifice de la fistule, parfois aussi une ulcération. Le spéculum anal et des stylets ou sondes que l'on puisse recourber à volonté, tels sont les instruments auxquels on doit avoir recours pour le diagnostic. D'une manière générale, pour toutes les explorations de fistules il convient de se servir de sondes flexibles boutonnées (ESMARCH conseille les sondes d'étain) ou de sondes cannelées d'épaisseur moyenne dont la cannelure s'arrête avant l'extrémité également boutonnée. Au moyen de ces instruments on arrive souvent à trouver aussi l'orifice interne des fistules ayant un orifice externe. On pratique le toucher rectal, et dans un très grand nombre de cas, on constate, avec l'extrémité de l'index, un amincissement de la muqueuse, une petite fossette cachée derrière un bourrelet de cette membrane. C'est dans cette fossette que s'ouvre presque toujours la fistule; c'est à ce niveau que l'on sent le bout de la sonde introduite par l'orifice cutané. Si ce mode d'exploration ne conduit pas au but, on introduit un spéculum et l'on fait des injections d'un liquide coloré dans l'orifice externe (lait, encre, etc.).

§ 174. — Une fistule ano-rectale est toujours pour celui qui en est affecté une cause de gêne et de souffrances, soit à cause des douleurs qui accompagnent la défécation, soit par le fait de la sécrétion purulente et des processus phlegmoneux qui se produisent parfois, à la suite d'une rétention de pus; en outre, cette sécrétion, lorsqu'elle est abondante, est une cause de consommation pour le malade. Dans quelques cas on réussit encore à obtenir la guérison en maintenant ouvert l'orifice externe rétréci; mais, le plus souvent, ce moyen est insuffisant, et l'on a imaginé divers procédés opératoires qui tous consistent dans la division des parties molles qui séparent la fistule de la cavité rectale et ont pour résultat de remplacer par une large surface ayant une tendance à se couvrir de granulations et à se rétracter par cicatrisation, le trajet fistuleux avec ses décollements, son tissu conjonctif sclérosé et le sphincter toujours en mouvement. Toutes les opérations de fistule anale tendent à ce même but, que l'on se serve du bistouri, de la ligature, de l'anse galvanocaustique ou de l'écraseur.

On a souvent, autrefois, discuté si l'on devait opérer une fistule anale évi-