

CHAPITRE VI

AFFECTIONS DU RECTUM ET DE L'ANUS

I

Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement.

MESSIEURS,

Une question thérapeutique n'est jamais définitivement résolue. Voici plus de cent cinquante ans qu'on discute sur le traitement des abcès de la marge de l'anus ; faut-il, comme toutes les collections purulentes, les ouvrir par une incision simple, ou doit-on les fendre à la manière d'une fistule ? Et la réponse, comme le paysan ivre de Luther, tombe tantôt d'un côté et tantôt de l'autre. Nous avons, il y a une dizaine d'années, réveillé le débat assoupi depuis Foubert et Faget, et, cette fois, des maîtres tels que Verneuil et Trélat nous paraissaient en avoir donné la solution définitive. Il n'en est rien, pourtant, et d'une discussion récente à la Société anatomique, il ressort que les deux pratiques, l'incision simple et la section de l'intestin, ont encore chacune leurs partisans.

Vous connaissez en gros cette histoire : reprenant une idée émise par Saviard une cinquantaine d'années auparavant, Faget l'aîné lisait en 1743, devant l'Académie Royale de chirurgie, un mémoire de moins de cinq pages, « Remarques sur les abcès qui arrivent au fondement », où il montre que « il ne suffit pas d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum est à découvert; il faut inciser ou fendre cet intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines; sans cette précaution on n'obtient assez ordinairement qu'une fausse guérison, et souvent la récurrence oblige à des opérations beaucoup plus considérables que celles qu'on a manqué de faire d'abord ». Et, plus loin, il ajoute : « Il est nécessaire, si l'abcès s'étend un peu dans les graisses et si l'intestin est à découvert, d'ouvrir le rectum comme si l'on faisait l'opération de la fistule; autrement, de nouvelles collections de matières se formeraient, et la plaie ne pourrait manquer de devenir fistuleuse. »

Parmi les contemporains, J.-L. Petit semble avoir été le seul à patronner sans restriction la doctrine nouvelle; une vive opposition même ne tarde pas à se manifester et, dans le tome troisième des mémoires de l'Académie Royale de chirurgie, Foubert, le célèbre directeur de la compagnie, donne une réfutation en règle de l'opération de Faget. Dans son travail sur « Les grands abcès du fondement », il s'élève contre la section précoce de l'intestin, et lui préfère l'ouverture simple de la collection purulente qui suffit quelquefois pour amener une parfaite guérison; si une fistule se forme, il sera toujours temps de l'opérer; à l'appui de sa doctrine, il fournit huit observations, fort contestables d'ailleurs et

qui ne supportent guère l'analyse. Quoi qu'il en soit, nous sommes désormais en présence de deux thèses contradictoires : il faut, d'après les uns; il ne faut pas, d'après les autres, inciser l'intestin.

Jusqu'à nos jours, la doctrine de Foubert a dirigé la conduite de la presque unanimité des chirurgiens. Quelques-uns suivent ses préceptes à la lettre et se contentent, dans tous les cas, de la ponction simple de l'abcès à son point culminant; d'autres, tout en agissant ainsi lorsque la collection n'est pas encore ouverte, n'admettent le procédé de Faget que dans le cas où l'abcès a déjà perforé le rectum; alors seulement ils incisent à la fois la peau et l'intestin : c'est la pratique de Sabatier, de Manes, de Bégin, de Ribes, de Velpeau, de Daniel Mollière, de Duplay, de Gosselin, de Nélaton. Lorsque, en 1886, nous fîmes un court mémoire sur cette question, mon élève, le docteur Émile de Barrau de Muratel, après une enquête sérieuse faite dans les services de chirurgie de Paris et à la suite de minutieuses recherches bibliographiques, en arriva à reconnaître que, parmi les contemporains, Chassaignac, Verneuil et Trélat étaient les seuls à défendre, par leur pratique et par leur enseignement, la méthode de l'incision préventive du sphincter. Et nous lisons, dans une clinique de Trélat professée peu après la publication de mon opuscule : « Je suis de l'avis de Reclus, mais avant lui, et je reste du même avis avec lui et après lui... les abcès de la marge de l'anus doivent être traités par la méthode de Faget, c'est-à-dire par une large incision qui réalise en un seul temps, et l'ouverture de l'abcès, et l'opération de la fistule consécutive à cet abcès. »

Telle était, en effet, la conclusion de notre travail de 1886 : Tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe dont, après ouverture spontanée ou provoquée, il est devenu le parfait équivalent. Nous allons ainsi au-devant du mal qui se prépare et, par une incision précoce de l'intestin, nous évitons de nouveaux abcès et des décollements plus étendus; nous supprimons du même coup cette période énervante entre la collection purulente qui ne se tarit pas ou se reforme derrière la cicatrice cutanée, et la fistule qui s'organise. Donc, pour tout abcès de la région ano-rectale nous proposons la conduite suivante : ponctionner le foyer au point le plus déclive et, par l'orifice ainsi créé, introduire une sonde cannelée qui révèle la direction et l'étendue du décollement qu'il faut fendre dans toute sa hauteur. L'anus est alors dilaté avec le spéculum, ce qui permet d'examiner et de régulariser les moindres replis de la plaie; les diverticules sont ouverts et la perte de substance, plate et inanfractueuse, guérit lentement, mais sûrement.

Comment une fistule ne serait-elle pas la conséquence à peu près fatale de ces abcès qui, pensions-nous alors, se développent toujours dans la fosse ischio-rectale? Que ces collections soient d'origine inflammatoire ou tuberculeuse, la suppuration franche ou le ramollissement du foyer caséux aura pour résultat, ainsi que l'avait bien indiqué Faget, et après lui tous les pathologistes, la destruction à peu près totale des graisses de la région; or, lorsqu'elles ont disparu, il reste un espace vide, limité par des plans rigides qui ne peuvent se rapprocher; en dehors, la paroi ostéo-musculo-aponévros-

tique de l'ischion, du pubis et de l'obturateur; en dedans, le sphincter et le releveur de l'anus. Nous ne voyons point par quel artifice ou par quel mécanisme la nature pourrait cicatriser cet espace; il faudrait, de la part des bourgeons charnus, une exubérance et une plasticité qu'ils n'ont pas d'habitude. La fistule se formera et nous ajoutons que, si cette terminaison n'était pas absolument fatale, on pouvait affirmer que, *pratiquement*, c'était la seule observée.

Cette assertion fut contestée par notre collègue Bazy. Pour lui, l'incision simple de Foubert, la ponction de l'abcès à son point le plus déclive est suffisante; grâce à une ouverture bien faite et à un drainage soigneux, on peut amener une cicatrisation légitime, sans fistule consécutive et, à l'appui de son dire, il cite deux observations de sa pratique où cette conduite a eu le meilleur résultat. Or, n'est-il pas évident que, si la guérison est obtenue par la ponction simple, celle-ci doit être préférée à l'opération de Faget qui amène des délabrements tels que la réparation en est très lente; puis, inconvénient plus grave encore, on sectionne le sphincter, ce qui n'est pas négligeable, puisqu'une incontinence de matières fécales en est souvent la conséquence. Ces deux arguments ont de la valeur; en effet, après l'incision de l'intestin, la cicatrisation réclame environ trois semaines ou un mois et si l'incontinence n'est pas fréquente, comme l'affirme Bazy, elle a été observée quelquefois, — d'une façon ordinairement passagère, c'est vrai, mais enfin elle a été observée.

La question se trouve donc posée dans les termes suivants : Est-il vrai que la ponction simple puisse amener

la guérison de la collection péri-rectale? Si oui, le problème est résolu et c'est à elle que nous aurons désormais recours. Mais j'essayais de montrer alors que certaines distinctions étaient nécessaires, et une étude plus attentive de l'anatomie pathologique des abcès de la région me prouva qu'il faut en distinguer deux variétés : je dis « deux » pour laisser de côté une forme peu importante, les abcès de la rainure interfessière, abcès très bénins, collections intra-dermiques, sortes de furoncles qui se développent le plus souvent dans l'appareil pilo-sébacé de la région ; ils ont parfois une origine tuberculeuse, et nous avons cité deux observations où la matière puriforme avait certainement pour origine le ramollissement d'un noyau caséux. Mon élève M. Melloche, dans une thèse excellente dont j'aurai à vous reparler, a recueilli de son côté deux faits de ce genre. Mais nous n'avons pas à nous occuper de ces collections intra-dermiques, qu'elles soient tuberculeuses ou inflammatoires, car leur thérapeutique ne diffère en rien de celle des furoncles des autres régions.

Si l'on consulte les classiques à l'article « Abcès de la région ano-rectale », on ne trouve mentionnés, outre les collections intra-dermiques, que les abcès de la fosse ischio-rectale ; à lire la description de nos maîtres, il semble que le pus s'amasse toujours entre le releveur de l'anus et le sphincter en dedans, l'ischion et le pubis en dehors. Nos recherches nous ont prouvé qu'il n'en est rien et que si ces collections, que nous nommerons extra-sphinctériennes, c'est-à-dire situées en dehors du sphincter, existent réellement, elles sont peu nombreuses ; le plus souvent, les abcès de l'anus sont logés sous la

peau marginale et sous la muqueuse ; ils se développent en dedans du sphincter ; aussi, dans notre classification, leur réservons-nous le nom d'intra-sphinctériens. Un court instant, nous avons cru être le premier à établir cette distinction ; plus tard, nous avons vu qu'Allingham la connaissait déjà ; Melloche, dans un historique très étudié, constate que Danyau, dans une thèse de concours de 1832, avait assez nettement marqué les deux localisations possibles des abcès péri-anaux.

Or, les abcès intra-sphinctériens ou sous-cutanéomuqueux qu'ignoraient nos maîtres, sont les plus fréquents : dans quelle proportion, je ne saurais le dire, et de nouvelles statistiques seront nécessaires. Melloche, sur 33 observations personnelles, la plupart recueillies dans notre service, a trouvé 29 abcès intra-sphinctériens ou sous-cutanéomuqueux, et 4 seulement, extra-sphinctériens ou de la fosse ischio-rectale. D'après le relevé d'une année à l'hôpital Broussais, j'en ai constaté 18 intra-sphinctériens et, 1 seulement, extra-sphinctérien. Il est vrai qu'ici, dans notre service de la Pitié, j'ai déjà recueilli 2 faits incontestables de collection ischio-rectale contre 27 sous-cutanéomuqueuse. Je ne saurais donc me prononcer avec certitude, mais j'imagine que la proportion de 1 sur 10 ou sur 15 correspond à peu près à la réalité des choses, et je ne crois pas, comme l'écrit Bazy dans un récent article, que ces collections de la fosse ischio-rectale soient « beaucoup plus fréquentes que ne l'a un moment pensé et dit M. Reclus ».

Quel traitement convient à chacune de ces deux variétés? Les abcès sous-cutanéomuqueux ou intra-sphinc-

tériens sont, tantôt d'origine inflammatoire, et tantôt de nature tuberculeuse. Les collections bacillaires ne sont pas rares, et j'ai cité ailleurs des observations qui prouvent jusqu'à l'évidence que, pour ces tumeurs, la ponction simple est absolument insuffisante. J'ai vu, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme dont l'abcès, quoique volumineux, saillant au dehors et fluctuant sous la muqueuse de l'intestin, était bien intra-sphinctérien et non développé dans la fosse ischio-rectale. Il fut incisé largement, soigneusement désinfecté au bi-iodure de mercure et drainé selon les règles : nous voulions, d'une façon loyale, essayer du procédé de Foubert. Mais, au bout de trois semaines, notre stylet introduit dans l'orifice remontait encore à plus de 6 centimètres. Le décollement était aussi profond qu'au premier jour ; les bords de la plaie étaient renversés, les bourgeons charnus blafards ; la cavité mise à nu fut trouvée recouverte de matières tuberculeuses. Nous avons dû, au bout d'un mois, pratiquer l'opération de la fistule.

Mais ce point est acquis et il n'est pas besoin d'insister. La même thérapeutique est-elle de rigueur aussi dans les collections d'origine inflammatoire ? La ponction simple, au point le plus déclive, ne suffirait-elle pas à procurer la guérison ? C'est possible, et quelques observations semblent le prouver. En effet, rien ici ne s'oppose d'une manière absolue à la cicatrisation ; la muqueuse, séparée de la musculature par la collection, s'en rapproche après évacuation du pus et les deux tuniques peuvent se souder. Peut-être, mais bien difficile, car pendant la défécation ou lors de l'expulsion des gaz, les diverses membranes du rectum glissent les unes sur les autres et ces

mouvements fréquents sont pour nuire à la cicatrisation, impossible d'ailleurs lorsque déjà l'abcès s'est ouvert dans le rectum ; la pénétration des matières par cet orifice infecte la cavité, entretient la suppuration et s'oppose à la coalescence des parois.

La preuve que la cicatrisation, après ouverture simple, est difficile, c'est le nombre considérable de fistules sous-cutanéomuqueuses que nous observons. L'abcès a été ponctionné au point le plus déclive où la peau s'est ulcérée spontanément. La guérison pourtant ne survient pas et l'on voit s'établir des fistules permanentes ou intermittentes. Aussi, me demandé-je pourquoi, même dans cette variété qui me paraît, à moi, la moins défavorable à la méthode de Foubert, on n'aurait pas recours à l'opération de Faget ? Il est inutile de s'exposer à la formation trop probable d'une fistule, d'autant que nous ne voyons guère les inconvénients de la section de l'intestin ; peut-être la guérison est-elle plus lente, mais on ne saurait invoquer ici l'incontinence des matières fécales consécutive à la section du sphincter, puisque le sphincter est en dehors du décollement. Une cicatrisation retardée, c'est peu pour nous faire courir les risques d'une fistule. Aussi j'ai recours au procédé de Faget.

A plus forte raison, dirai-je, lorsqu'il s'agit d'une collection extra-sphinctérienne, de celles qui s'assemblent dans la fosse ischio-rectale dont les plans ostéo-musculo-aponévrotiques ne peuvent s'affaisser et se mettre au contact, après la destruction des graisses qui naguère conblaient la cavité. Comment alors éviter la fistule, si la section du sphincter ne permet pas l'affrontement des parois et leur coalescence par fusion des bourgeons

charnus ! Nous avons exposé plus haut, d'après Faget, les raisons qui militent en faveur de cette pratique et, dans des cliniques antérieures, nous avons, comme nos prédécesseurs, montré par de nombreux exemples que la ponction simple, au point le plus déclive, est inefficace et à peu près sûrement suivie de la formation d'un trajet fistuleux. Nous ne reviendrons pas sur ces cas qui nous paraissent péremptoires : on y voyait des individus à qui des chirurgiens habiles avaient ouvert des collections ischio-rectales d'après la méthode de Foubert, et revenant au bout de quelque temps avec un abcès récidivant ou une fistule déjà organisée.

Aussi, comme conclusion générale d'une clinique sur le traitement des collections péri-anales, avais-je donné les préceptes suivants : La méthode de Faget, l'incision de l'intestin dans toute la hauteur du décollement, demeure pour nous la méthode de choix ; elle seule évitera l'apparition d'une fistule dans les abcès de la fosse ischio-rectale ou extra-sphinctériens, que ces abcès soient d'origine inflammatoire ou de nature tuberculeuse ; il en sera de même dans la variété tuberculeuse des abcès intra-sphinctériens ou sous-muqueux ; dans la variété inflammatoire, le procédé de Foubert, la ponction simple au point le plus déclive, peut être suivi de succès, mais ce résultat heureux est si exceptionnel et nous en connaissons si peu d'exemples, qu'il nous semble plus sûr, même alors, d'inciser la collection et de fendre le décollement. — Nous pensions que cette thérapeutique, développement logique de l'enseignement de Chassaignac, de Verneuil et de Trélat, était généralement acceptée : il n'en est rien, paraît-il.

Nous trouvons, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, une discussion intéressante à propos d'une communication de M. Hartmann sur l'anatomie pathologique et le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale. L'auteur, et après lui, Pierre Delbet et Auguste Broca, acceptant en cela les idées du professeur Terrier, se gardent d'inciser le sphincter, lorsque l'abcès a pour siège la fosse ischio-rectale. Auguste Broca est des plus explicites à ce sujet et je cite ses propres paroles : « Je crois que l'indication est de toujours fendre le rectum d'emblée dans les abcès sous-muqueux, c'est-à-dire intra-sphinctériens, et jamais dans les abcès de la fosse ischio-rectale, c'est-à-dire extra-sphinctériens. Si je pense, comme M. Reclus, que les abcès de la fosse ischio-rectale sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit, la plupart des abcès péri-anaux étant intra-sphinctériens, ma pratique opératoire est juste l'inverse de la sienne ; je fais la section d'emblée pour les seconds et non pas pour les premiers. »

Mais non, notre pratique n'est pas juste l'inverse : pour moi, il vaut mieux *toujours* inciser l'intestin ; je le sectionne dans les deux cas. Nous sommes d'accord pour les abcès sous-muqueux ou intra-sphinctériens, de beaucoup les plus nombreux ; l'un et l'autre, nous fendons le décollement. Aussi ne reste-t-il plus qu'à discuter la conduite à tenir dans les collections de la fosse ischio-rectale, les abcès extra-sphinctériens. Je me hâte de dire que, si l'incision simple suffit pour assurer la guérison, je me range à l'avis de mon jeune collègue ; il n'est pas indifférent de sectionner le sphincter ; d'abord, on le sait, la guérison est plus lente après ce délabre-