

l'intérieur de l'intestin ; il en est de même de ceux qui remontent très-haut au-dessus du sphincter, et qui ne sont pas éloignés des parois de l'intestin.

La nécessité d'ouvrir de bonne heure les abcès phlegmoneux étant reconnue par tous les chirurgiens modernes, il y a divergence d'opinion sur le procédé opératoire : les uns veulent, à l'instar de Foubert et de Boyer, qu'on se contente d'une simple incision des téguments ; les autres préfèrent, avec Faget, traverser du même coup l'abcès et l'intérieur du rectum, pour éviter la formation d'une fistule consécutive. Velpeau considère cette dernière méthode comme préférable, lorsque l'abcès fait saillie dans l'anus et ne s'élève pas au-dessus du sphincter ; il réserve la méthode de Foubert pour les abcès vastes et profonds.

L'incision de l'abcès pratiquée, on place entre les lèvres de la plaie une mèche de charpie, pour empêcher le recollement prématuré des parties superficielles ; en recouvre ensuite la plaie d'un cataplasme émollient. Si les téguments sont trop amincis pour qu'il soit possible d'en espérer le recollement, on en fait l'excision, après quoi on panse à plat.

Parfois la guérison de l'abcès se fait attendre. Dans ces cas, s'il existe une communication entre le foyer purulent et le rectum, il faut pratiquer l'opération de la fistule (voy. plus loin) ; s'il existe des décollements profonds ou étendus, on incise les clapiers ; si la santé du sujet est mauvaise, on cherche par l'emploi des toniques, une alimentation réparatrice, de bonnes conditions hygiéniques, à relever les forces du malade, à lui donner de l'embonpoint.

III. FISTULES DE L'ANUS.

Les fistules de l'anus sont très-fréquentes. Les unes sont la conséquence d'une altération des os du bassin, d'une dégénérescence de quelqu'un des organes contenus dans l'abdomen ; d'autres sont produites par une lésion de la portion inférieure du rectum ; c'est de ces dernières seules qu'il sera question.

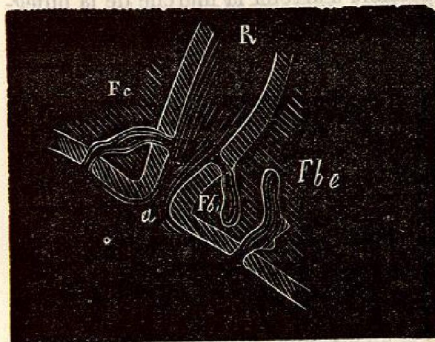


Fig. 257.

Les premières (fig. 257, Fc) ont deux ouvertures, l'une au niveau de la région ano-périnéale, l'autre en dedans du rectum ; les secondes n'ont qu'une seule ouverture, ce qui leur a fait donner le nom de *fistules borgnes*. Celles-ci se divisent en *borgnes internes* (fig. 257, Fbi) et en *borgnes externes* (fig. 257, Fbe) ; les fistules *borgnes internes* sont ouvertes du côté de l'intestin, et ne le sont pas au dehors ; les fistules *borgnes externes* ont une ouverture en dehors seulement. L'existence de ces dernières a

été révoquée en doute par Foubert, Sabatier, Larrey, qui prétendent n'avoir jamais rencontré, près de l'anus, de fistules ouvertes en dehors qui ne le fussent également en dedans ; dans les cas mêmes, disent-ils, où par aucun mode d'exploration on n'a trouvé leur orifice interne, on l'a toujours rencontré dans les tissus enlevés, si l'on traite ces fistules par l'extirpation ; d'autre part, ils s'appuyent sur ce fait, qu'il arrive souvent qu'après avoir sondé à plusieurs reprises un trajet fistuleux, sans pouvoir faire pénétrer le stylet jusque dans le rectum, cet instrument y arrive dans le moment où l'on s'y attend le moins. Pott, Boyer, Roux, Velpeau, ont combattu cette assertion qui est exagérée. Toutes les fois qu'une fistule de l'anus s'ouvre dans le rectum ; elle est dite *stercorale*. Les deux espèces de fistules *borgnes* se convertissent après un certain temps en fistule *complète*.

Anatomic pathologique. Les fistules *complètes* ont deux ouvertures, l'une en dehors, l'autre dans le rectum. L'orifice *externe* est souvent unique ; il s'ouvre généralement sur un des côtés de l'anus, quelquefois en arrière, rarement en avant de cet orifice. Dans un certain nombre de cas, il y a des orifices externes *multiplés* ; quand ces ouvertures sont nombreuses et rapprochées les unes des autres, on dit que l'anus est percé en *pomme d'arrosoir*. Le plus souvent ces trajets aboutissent à un orifice *interne* unique, qui leur est commun ; quelquefois il existe plusieurs orifices internes.

L'orifice *interne* de la fistule est le plus souvent mou, comme déchiré, rarement dur, calleux, tandis que l'orifice externe est presque toujours entouré de callosités. Jusqu'à Ribes, on admettait que la fistule s'ouvrait dans le rectum tantôt près de l'anus, tantôt à plusieurs centimètres au-dessus de cette ouverture. Ribes établit que l'orifice interne est le plus souvent situé immédiatement au-dessus de l'endroit où a lieu la jonction de la muqueuse rectale et de la peau, et jamais à plus de 5 à 7 millimètres au-dessus de ce point. Boyer et Roux admettaient, au contraire, que l'orifice interne remonte parfois très-haut dans l'intestin. Velpeau concilia ces opinions, en démontrant que certaines fistules s'ouvrent sur la peau à l'entrée même de l'anus ; que les plus nombreuses ont leur orifice interne entre les deux sphincters, et qu'il n'est pas non plus très-rare de rencontrer cette ouverture à quelque distance au-dessus du sphincter interne. Il importe de remarquer que, dans un certain nombre de cas, l'intestin est décollé dans une certaine étendue au-dessus de l'orifice interne, ce qui peut faire croire, dans les explorations du trajet fistuleux avec un stylet, que l'ouverture siège plus haut qu'elle n'est réellement. Le *trajet* de la fistule est direct ou sinueux ; il peut naître en avant, et se terminer en arrière de l'anus ; parfois il se porte dans une direction déterminée, pour se dévier brusquement plus loin dans un autre sens et marcher en zigzag. Quand l'orifice externe est multiple, il existe parfois plusieurs branches, qui d'un point de la fesse ou du périnée convergent plus ou moins régulièrement vers l'orifice intestinal ; dans quelques cas, ces trajets présentent sur leur parcours des espèces d'ampoules, plus ou moins

larges ; il peut aussi exister des clapiers où aboutissent plusieurs trajets, avant que ceux-ci arrivent à l'orifice intestinal. Tous ces trajets fistuleux sont tapissés par une membrane de nouvelle formation, lisse, très-mince, présentant les caractères propres aux membranes muqueuses.

Symptômes. Diagnostic. Il faut tout d'abord déterminer si un trajet fistuleux de la région anale est une fistule de l'anus, ou si c'est une fistule symptomatique d'une lésion osseuse, une fistule urinaire. Roux disait avec beaucoup de raison que toutes les fistules à l'anus ne sont pas des fistules de l'anus. C'est par l'exploration des trajets qui, en cas de fistules de l'anus, se portent jusque sur les côtés ou dans l'intérieur du rectum, par la nature du liquide qui s'écoule de l'orifice fistuleux, l'existence ou l'absence d'une affection concomitante des voies urinaires, qu'on arrivera à un diagnostic précis. En second lieu, il convient de rechercher, la fistule étant reconnue véritablement anale, si elle est complète ou incomplète, borgne externe ou borgne interne :

1^o En cas de fistule *complète*, il existe au pourtour de l'anus une ou plusieurs ouvertures fournissant du pus, ou une sanie purulente, laissant échapper des gaz, des matières stercorales délayées, parfois des vers intestinaux. Les garde-robes sont tachées de pus. L'exploration du trajet fistuleux avec un stylet, en même temps que l'index est introduit dans l'anus, donne des signes plus certains : le stylet pénètre plus ou moins profondément, se rapproche de l'intestin dont il fait reconnaître les parois dénudées et amincies ; l'extrémité de l'instrument arrive jusque dans la cavité du rectum et peut être sentie par l'indicateur placé dans l'anus. Il faut convenir que, dans quelques cas, le bout du stylet ne s'engage que difficilement dans l'orifice *interne* de la fistule, parce que cet orifice est trop étroit, ou parce que le trajet est tortueux, ou encore parce que l'intestin étant dénudé dans une trop grande hauteur, et au-dessus de cet orifice, l'instrument dépasse toujours l'ouverture rectale de la fistule. Pour trouver celle-ci, on explore la face interne du rectum avec le doigt introduit dans l'intestin ; on constate l'existence d'un point renflé en cul-de-poule très-douloureux au toucher. En portant dans cette direction le stylet engagé dans le trajet fistuleux, on pénètre le plus souvent dans l'intestin. On a aussi conseillé d'injecter, par l'orifice externe de la fistule un liquide coloré et d'observer si ce liquide reflue par l'anus.

2^o La fistule *borgne interne* se reconnaît aux signes suivants : le malade, après avoir eu, au voisinage de l'anus, une tumeur dure et profonde, accompagnée de battements, rend du pus par l'anus. Les garde-robes sont douloureuses et les matières couvertes de pus. La circonférence de l'anus est très-sensible à la pression. La couleur de la peau est altérée, livide, à l'endroit correspondant à la fistule ; on y perçoit de la dureté, de l'empâtement ; par la compression, le pus s'écoule dans l'intestin pour sortir ensuite par l'anus. Le doigt porté dans le rectum perçoit sur la muqueuse des inégalités qui indiquent la place occupée par l'ouverture interne de la fistule. Dans quelques cas assez rares, les malades n'éprouvent qu'une douleur profonde, mais légère au voisinage de l'anus, sans aucune évacuation

de pus avec les matières ; ils restent ainsi ignorants de leur état jusqu'à ce qu'ils constatent la présence du pus dans les fécès. Alors il n'est pas rare de trouver à l'endroit douloureux une dureté plus ou moins profonde, qui se prolonge du côté du rectum par une espèce de corde dure et calleuse qui n'est autre chose que le trajet fistuleux. Ces sortes de fistules peuvent demeurer longtemps stationnaires ; mais le plus souvent le noyau devient de plus en plus superficiel ; il apparaît un petit tubercule qui s'ouvre à son sommet et laisse échapper un peu de pus ; la fistule alors est complète. Il arrive parfois que l'orifice externe se ferme pendant un certain temps pour se rouvrir de nouveau.

3^o La fistule *borgne externe* diffère de la fistule complète, en ce qu'elle ne laisse échapper que du pus et nullement des gaz, des humidités stercorales. L'exploration du trajet avec un stylet, un doigt étant en même temps porté dans le rectum, fait reconnaître que l'extrémité de l'instrument resté toujours séparé de la cavité de l'intestin par une épaisseur plus ou moins considérable de parties molles.

Pronostic. Les fistules *borgnes* externes de l'anus et même les fistules complètes guérissent parfois spontanément par le mécanisme suivant : de temps en temps le trajet fistuleux s'enflamme ; la phlegmasie, au lieu de provoquer la formation d'abcès qui laissent à leur suite des décollements, produit des adhérences rétrécissant peu à peu le trajet et finissant par l'oblitération complète. Une circonstance qui favorise la cicatrisation est le retour de l'embonpoint chez les sujets amaigris. Les fistules qui présentent des ouvertures multiples, des callosités, de vastes clapiers, des décollements étendus, sont plus rebelles que les fistules simples ; quand les désordres sont considérables, que l'intestin est dénudé dans une grande étendue, l'opération elle-même échoue souvent.

Traitement. On a mis en usage des moyens médicaux, notamment des topiques de divers genres, et des procédés chirurgicaux : pommades, injections irritantes, caustiques, compression, ligature, excision et incision.

Les *pommades* portées dans le trajet fistuleux et sur l'orifice interne de la fistule à travers le rectum sont inefficaces. Il en est de même des injections irritantes, notamment de teinture d'iode, faites par le trajet fistuleux. On n'obtient par cet artifice que des guérisons *temporaires* et nullement *radicales*. Les *caustiques* ne conviennent que dans les fistules *borgnes externes* dont le trajet est peu profond. La *compression* faite dans le but de rapprocher les parois opposées de la fistule pour en obtenir l'agglutination, a été pratiquée avec des canules (Bermond), un cylindre d'ébène (Colombe) un sac de linge bourré de charpie (Piédagnel) que l'on enfonce dans le rectum ; ou bien avec un instrument spécial (Montain) prenant un point d'appui sur la hanche et exerçant son action de dehors en dedans des téguments vers la fistule. Elle est longue, pénible et incertaine. La *ligature* est passible des mêmes objections. On a aussi proposé la division des tissus avec l'écraseur linéaire ; ce procédé devrait être réservé pour les fistules situées à une certaine hauteur, et pour lesquelles l'incision exposerait à une hémorragie,