

en raison du nombre et du volume des vaisseaux intéressés par l'instrument tranchant.

INCISION. La veille de l'opération, on fait prendre un purgatif, et le jour même un lavement, pour vider l'intestin. Le malade est couché au bord du lit, sur le côté du corps correspondant à la fistule, le membre inférieur du même côté allongé, l'autre membre inférieur fléchi à angle droit sur le bassin, le haut du corps renversé en avant. Un aide soulève la fesse opposée à la fistule. Le chirurgien introduit une sonde cannelée mince et flexible par l'orifice externe de la fistule, et porte en même temps un doigt dans le rectum. Lorsque l'extrémité de la sonde est arrivée près des tuniques de l'intestin, on cherche l'orifice interne de la fistule, on le traverse et on ramène la sonde par l'anus; puis on fait glisser la pointe d'un bistouri le long de sa cannelure et on coupe les parties molles d'un bout de la fistule à l'autre. Lorsqu'on ne trouve pas l'orifice interne de la fistule, Roux conseille de traverser la paroi intestinale avec une sonde d'acier pointue. Le pansement consécutif à l'opération consiste à introduire, à l'aide d'un portemèche, une mèche de charpie longue dans le rectum, en faisant glisser cette mèche le long du doigt introduit dans l'intestin, et du côté opposé à la fistule, de peur de froisser la plaie et de causer de la douleur. On a soin d'engager la mèche entre les bords de l'incision qu'elle doit remplir, de façon à empêcher les parties superficielles de la plaie de se cicatriser avant les parties profondes. On couvre la plaie de charpie et de compresses que l'on maintient avec un bandage en T. Les mèches sont continuées jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, avec la précaution d'en diminuer peu à peu le calibre. Il est bon que le malade se tienne le ventre libre, en prenant tous les jours au repas du soir un peu de rhubarbe et d'aloès, afin d'avoir une garde-robe liquide le lendemain matin, avant le pansement. De cette façon, on évite les selles dans l'intervalle des pansements, ce qui forcerait à renouveler l'appareil.

Lorsque la fistule s'ouvre dans le rectum à une certaine hauteur, on peut mettre à exécution le *procédé de Desault* : on introduit dans le rectum un *gorgeret de buis ou d'ébène* enduit de cérat, jusqu'au-dessus de l'orifice interne. On fait pénétrer dans la fistule une sonde cannelée dont l'extrémité est reçue dans la cannelure du gorgeret, que soutient un aide. Le chirurgien fait glisser le long de la cannelure de la sonde tenue par la main gauche un bistouri droit, et divise tous les tissus jusqu'au gorgeret. On retire *ensemble*, dans la position où ils se trouvent, la sonde et le gorgeret. Si les deux instruments viennent facilement, on est certain que tous les tissus ont été divisés; dans le cas contraire, on en conclut qu'il reste quelques brides que l'on coupe.

Il arrive parfois que le rectum est décollé au delà du point où se trouve l'orifice interne de la fistule; il reste après l'opération un cul-de-sac qui peut devenir la cause d'une récurrence. Il faut alors diviser cette espèce de valvule, soit avec des ciseaux conduits sur le doigt, ce qui expose à des hémorragies graves; soit, comme l'a proposé Gerdy, en saisissant la bride entre les mors d'un entérotome pour en déterminer la mortification; au

lieu d'un entérotome, je me suis servi avec succès d'une longue pince à pression continue.

Lorsqu'on veut opérer une fistule *borgne interne*, on commence par la transformer en fistule *complète*, en retenant le pus à l'aide d'une mèche de charpie introduite dans le rectum et destinée à boucher l'orifice interne. Dès que la collection proémine du côté de l'anus, on ouvre l'abcès. On peut encore introduire par l'orifice *interne* de la fistule une tige métallique qu'on cherche à faire saillir du côté de la peau pour inciser à ce niveau. Si l'orifice interne de la fistule n'est pas très-élevé, on introduit par l'anus un bistouri portant à sa pointe une boule de cire, et l'on incise le trajet de haut en bas.

Si la peau de l'anus qui entoure la fistule est très-amincie, on en pratique l'excision; s'il existe des callosités, on les emporte.

Les accidents à redouter après l'opération de la fistule à l'anus sont : l'hémorragie, l'infection purulente, la rétention d'urine.

L'*hémorragie* peut être assez abondante pour mettre en péril les jours du malade. On lui oppose divers moyens; le meilleur de tous est la *compression*, qu'on exécute de diverses manières. Quelquefois il suffit d'une grosse mèche de charpie introduite dans le rectum et soutenue par des gâteaux de charpie placés à l'extérieur de l'anus, des compresses en certain nombre et un bandage en T. Si ce moyen est insuffisant, il faut avoir recours au *tamponnement*. On introduit dans le rectum, à une hauteur convenable, un tampon de charpie embrassé par deux ligatures dont les chefs pendent hors de l'anus. On pousse entre les fils des boulettes de charpie, imprégnées ou non d'un liquide hémostatique, d'eau de Pagliari par exemple, avec lesquelles on remplit l'intestin. On noue les deux fils sur un rouleau de charpie placé entre les fesses. Dans les premiers moments qui suivent l'application de cet appareil, le malade éprouve de pressantes envies d'aller à la garde-robe. Si le sang continue à couler, et qu'au lieu de se porter au dehors, le liquide distend le rectum, on s'en aperçoit aux signes des hémorragies internes : pâleur de la face, faiblesse du pouls, lipothymie, syncope. Il faut alors enlever l'appareil et employer d'autres expédients : Levret conseillait d'introduire dans l'anus une vessie fraîche de mouton, qu'on distend en y insufflant de l'air avec un soufflet; on lie l'orifice de la vessie quand celle-ci est suffisamment gonflée. On a aussi proposé de porter le *cautère actuel* sur le fond de la plaie, ou, ce qui est préférable, sur les points qui donnent du sang. La *ligature* des vaisseaux divisés serait préférable, si l'on pouvait découvrir ces vaisseaux qui sont parfois à une grande hauteur.

L'*infection purulente* est un accident rare. Elle est la conséquence de l'inflammation des veines hémorroïdales divisées par l'instrument tranchant.

La *retention d'urine*, qu'on observe parfois chez les opérés de la fistule à l'anus, s'explique soit par l'irritation de voisinage transmise par la plaie rectale au col de la vessie, soit par la compression exercée par la mèche sur cet organe.

EXCISION. Ce procédé est rarement employé; il expose plus que l'inci-

sion à l'hémorragie, l'infection purulente, le resserrement considérable de l'anus, en raison de la perte de substance que les bords de cette ouverture ont subie. Elle est réservée pour les cas de fistules compliquées de callosités profondes et étendues. Pour l'exécuter, il convient d'abord de vider l'intestin; le malade est placé dans la même attitude que pour l'incision. Le chirurgien introduit, par l'orifice *externe* de la fistule, une sonde d'argent flexible; le doigt indicateur, porté dans le rectum, sert à diriger le bout de l'instrument vers l'orifice *interne* de la fistule. On ramène ensuite l'extrémité de la sonde hors de l'anus, et on la tire de ce côté, pendant qu'on la pousse de l'autre. On rapproche les deux bouts de la sonde, de manière à former une anse qui embrasse et soulève toute la fistule; on emporte avec le bistouri toutes les parties qui se trouvent en arrière de la sonde. On cherche ensuite à reconnaître avec le doigt s'il ne reste pas de callosités dans la plaie; si l'on en rencontre, on les soulève avec une égrigne ou une pince, et on les emporte avec le bistouri ou des ciseaux. Le pansement est le même que pour l'opération par incision.

Faut-il opérer les fistules de l'anus chez les phthisiques? Il y a deux raisons principales pour s'abstenir: la première est que la fistule joue le rôle d'un cautère, et qu'en supprimant cette suppuration, il y a tout lieu de craindre que l'affection tuberculeuse des poumons ne prenne une marche plus rapide; la seconde, que chez les phthisiques atteints de fistule de l'anus, il existe en général un vaste clapier du creux ischio-rectal et qu'il faudrait, en opérant, produire un dégât considérable pour diviser toutes les parties molles largement décollées. Il serait permis d'intervenir avec l'instrument tranchant, à titre d'opération *palliative*, si le pus stagnait dans la caverne qui entoure le rectum; une contre-ouverture faite sur le point le plus déclive favoriserait la sortie du pus dont on prévient le croupissement par des injections détersives dans le trajet de la fistule.

IV. RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM.

Il ne sera question ici que des rétrécissements reconnaissant une origine *inflammatoire*. Les rétrécissements *organiques* ou *cancéreux* seront mentionnés plus loin. Il y a aussi des rétrécissements produits par la présence dans le rectum de tumeurs de diverse nature, *hémorroïdes*, *polypes*. Des productions morbides ayant pris naissance dans les organes qui sont en rapport direct ou médiat avec le rectum compriment parfois cet intestin et en diminuent le calibre. Citons encore pour mémoire les rétrécissements congénitaux dont il a été question page 732 et suivantes.

Causes. Les rétrécissements du rectum d'origine inflammatoire reconnaissent pour point de départ une phlegmasie de la membrane muqueuse seulement, de toutes les tuniques intestinales, ou même des parties avoisinantes. On conçoit d'après cela le rôle attribué sur le développement de cette affection au prolapsus de la muqueuse anale, aux hémorroïdes, aux polypes et corps étrangers du rectum, à la pédérasie, aux blessures et aux

contusions violentes de la région ano-périnéale. Le rétrécissement peut être la conséquence d'ulcérations de la muqueuse intestinale à la suite de la dysenterie chronique. Il n'est pas rare de le constater à la suite d'opérations diverses pratiquées sur la région ano-périnéale, notamment à la suite de la cure radicale des hémorroïdes par la cautérisation au fer rouge ou par l'écraseur linéaire. Desault, Boyer, A. Bérard, Vidal admettaient l'existence de rétrécissements *syphilitiques*, qu'il serait préférable d'appeler *vénériens*, parce que, suivant la remarque de Gosselin, cette affection ne constitue pas un accident consécutif de la syphilis; qu'elle n'est que la conséquence d'une altération locale du rectum. D'après Gosselin, ces sortes de rétrécissements sont communément situées à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, à l'union des portions sphinctérienne et ampullaire du rectum; elles sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Elles se produisent sous l'influence de l'inflammation déterminée par la présence d'un chancre anal, d'une blennorrhagie rectale; elles rentrent donc dans la classe des rétrécissements inflammatoires.

Anatomie pathologique. Les rétrécissements du rectum sont dus à un état spécial d'induration, d'épaississement des tuniques de l'intestin; ou bien encore à une hypertrophie de la couche musculaire seulement. Quelquefois la muqueuse intestinale est transformée en tissu fibreux; il en est de même du tissu cellulaire sous-muqueux; ce dernier est alors dur, inextensible, adhérant si intimement à la muqueuse, qu'on ne peut que difficilement séparer avec le scalpel ces deux membranes.

Le plus grand nombre des rétrécissements se rencontre dans la moitié inférieure de l'intestin; Gosselin a trouvé constamment les rétrécissements *vénériens* à environ 5 centimètres au-dessus de l'anus. Les autres espèces de coarctations peuvent aussi occuper la portion sphinctérienne du rectum, ou bien elles sont tellement élevées, que le doigt peut à peine les atteindre; on en a constaté jusqu'à 9 centimètres au-dessus de l'anus, et même au niveau du point de jonction du rectum avec la fin de l'S iliaque du colon.

Le plus souvent le rétrécissement est unique, rarement multiple. L'étendue est variable: parfois il existe une simple saillie d'environ 1 millimètre d'épaisseur; le plus ordinairement la coarctation présente de 1 à plusieurs centimètres de hauteur. La forme en est variable; ainsi parfois c'est une espèce de diaphragme membraneux percé seulement au centre; dans d'autres cas, un repli valvulaire en forme de croissant; ou bien une ou plusieurs brides transversales; chez d'autres sujets, le rétrécissement est cylindrique. La coarctation peut être assez prononcée pour qu'on puisse difficilement y engager le bout du petit doigt, une sonde de calibre moyen; parfois la lumière de l'intestin est complètement effacée.

L'étendue et l'épaisseur du rétrécissement sont subordonnées aux caractères de l'inflammation qui a été le point de départ du mal: la durée, l'état d'acuité ou de chronicité de la phlegmasie. Si celle-ci a été circonscrite, peu intense, le rétrécissement consécutif est limité et faible; si l'inflammation a été diffuse, les produits plastiques organisés sur une surface large donnent lieu à des rétrécissements étendus.