

érythème qui s'étend au périnée, aux fesses et à la face interne des cuisses.

On a vu quelquefois la guérison spontanée de ces fistules. (Danyau, Nélaton.) Mais ces faits sont rares, et il ne faut jamais compter sur une terminaison aussi favorable.

Traitement. — On a employé les sondes à demeure, le tamponnement, la cautérisation, qui a pu suffire pour de très-petites fistules, la suture, l'autoplastie et l'oblitération du vagin.

La cautérisation donne de bons résultats dans les fistules de petite dimension; on peut, dans ce cas, essayer ce procédé avant d'avoir recours à ceux dont nous allons parler. Par l'application des caustiques, ou mieux du fer rouge¹, on détermine la formation d'eschares auxquelles succède un tissu de cicatrice, qui, par sa rétractilité, rétrécit peu à peu la fistule. Il faut ordinairement pratiquer plusieurs cautérisations.

C'est la suture qu'on emploie le plus généralement aujourd'hui. Elle réussit dans la plupart des cas, grâce aux perfectionnements qu'y a apportés M. Bozemann. Elle comprend deux temps : dans le premier, on avive les bords de l'ouverture, dans le second, on affronte les bords avivés.

1^o *Avivement.* — On saisit l'une après l'autre, avec de longues pinces à griffes, chaque lèvre de la fistule; à l'aide d'un bistouri monté sur un long manche et dont la lame est plus ou moins oblique par rapport à l'axe de l'instrument, selon les besoins, on transforme les bords de la fistule en surfaces saignantes, en ayant bien soin que l'avivement porte exactement sur toute sa circonférence.

2^o *Affrontement.* — On emploie la suture en bouton de Bozemann. Des fils d'argent sont passés, à intervalles égaux, dans les lèvres de la fistule; leurs chefs sont libres dans le vagin. Alors on rapproche au moyen d'un instrument spécial, *ajusteur de la suture*, les deux chefs de chaque fil; cela fait, chaque double chef est passé dans une petite plaque de plomb, percée d'autant de trous qu'on a employé de fils : c'est le bouton. Ce bouton de plomb est refoulé jusqu'à la fistule. Pour le maintenir en place, les fils sont de nouveau engagés dans de petits cylindres de plomb, *tubes de Galli*, qu'on fait glisser jusqu'au contact du bouton, et qu'on fixe en les écrasant avec une forte pince.

L'autoplastie a été appliquée par Jobert au traitement des fistules vésico-vaginales. Quand la fistule n'était pas très-éloignée de la vulve, il taillait sur la grande lèvre un lambeau qu'il renversait en dedans et qu'il fixait aux bords de l'orifice fistuleux. Lorsqu'elle était plus profondément située, il faisait l'autoplastie par glissement. Il incisait le cul-de-sac antérieur du vagin, et pratiquait un décollement dans l'espace qui sépare la vessie du col de l'utérus. De cette manière, il pouvait attirer en bas la partie supérieure du vagin, dont ce décollement favorisait la mobilité, et il affrontait ainsi plus facilement les deux bords de la fistule.

DIXIÈME PARTIE

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ANUS ET DU RECTUM

Nous décrirons des vices de conformation, des lésions inflammatoires et des lésions de nutrition.

ARTICLE PREMIER

VICES DE CONFORMATION DU RECTUM

Les vices de conformation de l'anus et du rectum se rencontrent fréquemment. Ils consistent en *imperforations de l'anus*, *rétrécissements du rectum*, *absence partielle ou totale du rectum*, et dans la présence d'un *anus contre nature congénital*, coïncidant avec l'absence de l'anus ou du rectum.

L'imperforation de l'anus est *incomplète* ou *complète*.

La première consiste en un simple resserrement, en une atrésie de l'orifice anal. Quelquefois, le calibre de l'intestin est diminué jusqu'à une certaine hauteur, comme celui de l'anus; on a alors le *rétrécissement congénital* du rectum. Cette affection et l'imperforation incomplète coïncident la plupart du temps. On combat ce vice de conformation par la *dilatation* et par l'*incision*.

L'imperforation complète peut être produite par les téguments ou par la muqueuse, et aussi par le muscle sphincter. Il y a impossibilité absolue d'expulser le méconium, qui, lorsque l'obstacle est de peu d'épaisseur, vient former une tumeur en soulevant la cloison membraneuse qui s'oppose à

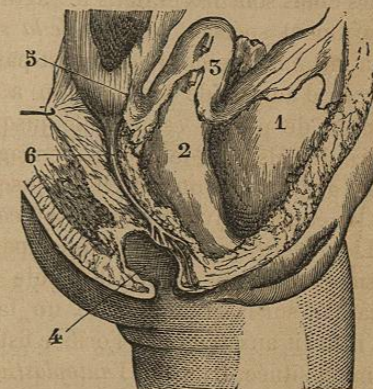


FIG. 67.

1. Vessie. — 2. Vagin. — 3. Utérus. — 4. Cul-de-sac anal. — 5. Cul-de-sac rectal. — 6. Cordon fibromusculaire allant se fixer au vagin et au cul-de-sac anal (Holmes).

son issue. Le seul traitement consiste à *inciser*, et à prévenir le rétrécissement consécutif.

L'absence du rectum est totale ou partielle : dans ce dernier cas, l'intestin descend à une distance souvent peu considérable de l'anus ; il existe, entre son extrémité inférieure et son orifice, un espace plus ou moins étendu, comblé par du tissu cellulo-adipeux ou fibreux ; le rectum se termine

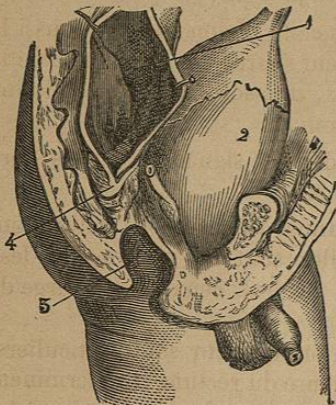


FIG. 68.

1. Rectum ouvert en avant. — 2. Vessie. — 3. Cul-de-sac anal. — 4. Cul-de-sac rectal (Holmes).

par conséquent en cul-de-sac. Quelquefois, ses fibres longitudinales se réunissent en bas, et forment un cordon qui va se fixer aux parties voisines (fig. 68).
La hauteur à laquelle finit l'intestin est très-variable. Dans la fig. 68, il se termine au niveau de la partie moyenne du sacrum.
L'absence totale du rectum coïncide ordinairement avec l'anus contre nature congénital. Celui-ci peut s'ouvrir à l'ombilic, à la région sus-pubienne, à la région inguinale, dans la vessie, dans l'urèthre, ou dans le vagin. Dans ces cas, il est évident que le chirurgien n'a rien à faire, au moins la plupart du temps. Lorsque l'absence du rectum ne s'accompagne pas d'anus contre nature, il faut en pratiquer un. Pour cela, deux procédés ont été employés : celui de Littre et celui de Callisen. Le premier consiste à ouvrir l'intestin dans la fosse iliaque, le second dans la région lombaire gauche.

ARTICLE DEUXIÈME

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DU RECTUM

I. — ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS.

Anatomie pathologique. — Il est fréquent de rencontrer des abcès de la marge de l'anus. On distingue des abcès tuberculeux, des abcès phlegmoneux, des abcès froids, des abcès urineux et stercoraux.

a. Les abcès tuberculeux sont de petit volume ; ils siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et s'ouvrent rapidement du côté de la peau.

b. Les abcès phlegmoneux sont plus étendus ; ils occupent la fosse ischio-rectale. Le pus de ces abcès est limité en dedans par le rectum et

le releveur de l'anus, en dehors par le muscle obturateur interne et l'ischion ; il peut passer d'un côté à l'autre en se frayant une voie en arrière du rectum.

Des abcès analogues peuvent se montrer plus profondément, dans le tissu cellulaire qui sépare le péritoine du rectum et du releveur de l'anus, dans l'espace pelvi-rectal supérieur décrit par M. Richet. On a vu le pus fuser du côté du bassin et se faire jour dans le péritoine.

c. Les abcès froids qui se montrent dans cette région occupent aussi la fosse ischio-rectale ; ils peuvent prendre leur source dans une carie de la partie inférieure de l'os coxal, du coccyx, du sacrum ou de la colonne vertébrale. Ce sont des abcès par congestion.

d. Les abcès urineux et stercoraux ont déjà été signalés avec les hernies compliquées et avec l'infiltration urineuse.

Symptômes. — Rougeur autour de l'anus, tuméfaction, induration, puis ramollissement et suppuration, telles sont les phases par lesquelles passent, comme tous les abcès en général, ceux de la marge de l'anus.

A part ces caractères communs, ils en ont qui leur sont particuliers. Ils compriment l'anus et l'extrémité inférieure du rectum et déterminent de la constipation. La défécation, d'ailleurs, est si douloureuse, que les malades s'abstiennent autant que possible d'aller à la garde-robe. Il y a souvent de la dysurie, et même de la rétention d'urine.

Dans les abcès superficiels ou tuberculeux, il y a peu de symptômes généraux. Il n'en est pas de même dans les abcès profonds de la fosse ischio-rectale. Il n'est pas rare, en effet, de les voir se terminer par une véritable gangrène des tissus qui entourent le rectum ; il se forme en ce point une vaste cavité pleine de débris sphacelés, d'où s'échappe un pus fétide ; des décollements très-étendus se produisent, des perforations de l'intestin, etc. Le malade a une fièvre intense, la température s'élève, en un mot il y a des accidents d'infection putride.

Causes. — Les abcès superficiels et profonds peuvent être causés par toute espèce de violences extérieures, portant soit sur la marge de l'anus, soit sur la muqueuse rectale elle-même.

Ce qui est remarquable et qu'il ne faut pas oublier, c'est la fréquence toute spéciale de ces abcès chez les tuberculeux, sans qu'on puisse expliquer exactement quels rapports unissent les suppurations péri-rectales et anales à la phthisie pulmonaire.

Pronostic. — Il est grave toutes les fois que l'abcès est profond ; lors même qu'il est superficiel, on peut toujours craindre la formation d'une fistule.

Traitement. — Il faut ouvrir ces abcès de bonne heure ; en laissant le pus se faire jour par lui-même, on s'exposerait à voir l'abcès se vider dans le rectum ou à la fois dans l'intestin et sur la peau ; des décollements se produiraient ainsi que des trajets fistuleux, tels que nous les

étudierons dans l'article suivant. On peut inciser directement les abcès, au niveau de la marge de l'anus, ou les ouvrir dans l'intestin; cette dernière méthode s'applique à ceux qui proéminent du côté de la cavité rectale.

L'opération des abcès de la marge de l'anus n'est pas toujours exempte d'accidents; les plus fréquents sont : 1^o l'hémorrhagie, qui se montre peu de temps après la section des tissus, ordinairement le premier ou le deuxième jour. Il suffit, pour s'en rendre maître, de tamponner soigneusement la plaie; les tampons seront, au besoin, imbibés de perchlorure de fer. 2^o La rétention d'urine, accident sans gravité, qu'on observe dans un grand nombre d'opérations pratiquées au voisinage de la vessie, et qui s'explique facilement par les connexions de cet organe avec le rectum. Il faut, dans ce cas, sonder le malade. L'érysipèle se montre très-rarement; il en est de même de la péritonite et de l'infection purulente.

II. — FISSURES A L'ANUS.

On nomme ainsi de petites *excoriations superficielles* siégeant sur la muqueuse qui borde l'ouverture anale.

Les fissures *sous-sphinctériennes* (Blandin) se confondent avec les rhagades. Les *sus-sphinctériennes* ne sont autre chose que des ulcérations accompagnant le cancer ou le rétrécissement du rectum. Nous n'avons donc à nous occuper que des fissures *sphinctériennes*, celles qui occupent le conduit anal lui-même; c'est à ces *érosions* qu'on réserve plus spécialement le nom de fissures à l'anus.

Étiologie. — Les causes occasionnelles sont : la *constipation*, son influence est généralement admise; l'*âge*, c'est de 20 à 30 ans que la fissure à l'anus est le plus observée; le *sexe*, elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et cela tient sans doute à l'influence que semblent exercer sur la production de la fissure, la constipation, la vaginite, l'érythème humide, qui succèdent souvent à l'accouchement ou qui se développent spontanément. L'ulcération siége parfois sur une hémorroïde externe; elle peut succéder aussi aux opérations d'hémorroïdes.

Symptômes. — M. Gosselin a distingué deux formes de fissure : l'une *tolérante*, l'autre *intolérante*. 1^o La première est peu douloureuse, elle permet l'introduction du doigt, elle donne lieu à une cuisson assez supportable pendant la défécation; et parfois à un petit suintement sanguin pendant cet acte physiologique. Le même auteur révoque en doute la réalité de la *contracture anale* admise par la plupart des auteurs dans cette maladie, et fait remarquer que chez les sujets jeunes, seuls atteints en général de fissure à l'anus, le sphincter est normalement assez contracté pour que le doigt éprouve une certaine résistance, qui ne doit pas être considérée comme pathologique.

Cette variété de fissure se cicatrise souvent assez facilement; la cicatrisation est favorisée par quelques lavements laxatifs qui font cesser la constipation, au moins pour quelque temps, car elle récidive souvent.

Dans cette variété comme dans la suivante, la fissure occupe le plus souvent la partie postérieure de la marge de l'anus, elle s'étend de la peau à la muqueuse. Quelquefois, on ne peut voir son extrémité supérieure qu'en engageant le malade à faire un effort comme pour aller à la selle; sa surface est rosée et située au même niveau que la peau de la marge, ou grisâtre et limitée par des bords taillés à pic.

2^o La fissure intolérante ne se distingue de la précédente que par ses symptômes fonctionnels. Des trois éléments qu'il faut considérer dans son étude, le premier nous est déjà connu, c'est la *fissure* elle-même; il faut ajouter la contracture et la névralgie.

La *contracture anale* n'est ici que ce qu'elle est dans la variété précédente, c'est-à-dire continue avec de légères exacerbations pendant la défécation; M. Gosselin, comme nous l'avons dit, ne l'admet pas.

La *névralgie* doit nous arrêter. Chaque défécation est accompagnée d'un suintement sanguinolent et d'une douleur parfois excessive. Celle-ci est continue, exacerbante, elle dure de une à cinq ou six heures après l'acte accompli; souvent elle n'atteint son maximum d'intensité que dix, quinze, vingt minutes après la défécation, ce qui prouve bien que c'est une douleur essentiellement névralgique.

Les malades ne peuvent rester assis, ils éprouvent des élancements, une sensation de pesanteur extrême, de constriction, de brûlure; l'exploration par le toucher serait alors impossible. Ils redoutent le moment où ils seront obligés d'aller à la selle, ils le retardent sans cesse, ce qui augmente et entretient la constipation.

Ils sont, à la longue, épuisés par ces douleurs, par l'abstinence à laquelle ils se condamnent pour éviter le retour des selles, et tombent dans un état chloro-anémique des plus rebelles.

Pour les auteurs qui admettent la contracture anale, c'est elle qui est la cause essentielle de la névralgie, et on s'explique ainsi que la dilatation et la section du sphincter, en faisant cesser la contracture, enlèvent la douleur. Pour ceux qui ne l'admettent pas, le sphincter ne contribue qu'accessoirement à la douleur des fissures, par sa tonicité normale, en maintenant l'occlusion permanente de l'anus et rendant le passage des selles plus difficile que s'il était dans le relâchement.

Cette seconde variété de fissure peut à la rigueur devenir tolérante, et même guérir spontanément; mais cela est rare. Elle est généralement beaucoup plus rebelle que la précédente.

Diagnostic. — La fissure douloureuse pourrait être confondue avec une *névralgie sans lésion*. L'exploration directe suffit toujours dans ce cas pour faire le diagnostic.

Le *chancre* à l'état de progrès offre des caractères qui empêchent de le confondre avec la fissure; mais, à la fin de sa période de réparation, il

peut offrir tous les caractères de celle-ci. On le distingue alors par les commémoratifs, si le malade ne refuse pas de les donner, et surtout par l'absence de douleurs, qui est la règle dans le chancre devenu fissurique. De plus, il siège sur une tumeur arrondie et dure, non violacée comme les hémorroïdes, qui porte le nom de *condylôme*.

Traitement. — On peut guérir les *fissures tolérantes* avec le crayon de nitrate d'argent, avec de petites mèches enduites de pommade à l'extrait de ratanhia ou de monésia, et mieux avec des lavements pris tous les matins et contenant 4 grammes d'extrait de ratanhia.

Pour guérir les *fissures intolérantes*, les laxatifs, aidés des moyens que nous venons d'indiquer, peuvent suffire à la longue; souvent une opération est nécessaire.

Si l'on doit opérer, on peut choisir entre : 1° l'*incision*, par laquelle on divise tout le sphincter ou une partie seulement de son épaisseur, à l'aide du bistouri; on panse ensuite à l'aide de mèches peu volumineuses; et 2° la *dilatation*, opération due à Récamier.

Opération de la dilatation. — Le chirurgien, après avoir graissé ses deux pouces de cérat, les introduit l'un après l'autre dans l'anus; puis, prenant un point d'appui avec les autres doigts sur les ischions, il écarte les deux pouces par une traction lente et soutenue jusqu'à ce qu'ils rencontrent ces deux os; il amène ensuite les doigts l'un en avant, l'autre en arrière, et dilate l'anus dans le sens antéro-postérieur.

On peut se servir aussi des deux indicateurs. Le sphincter, dans cette opération, est déchiré en partie. Il n'est pas besoin de pansement consécutif.

III. — FISTULE A L'ANUS.

Il est bien plus aisé de saisir les détails relatifs à la fistule à l'anus, si l'on a présente à l'esprit la disposition de la fosse ischio-rectale, espace *pelvi-rectal inférieur* de M. Richet.

La **fosse ischio-rectale** est un espace profond situé de chaque côté du rectum, entre le rectum et la face interne de l'ischion. A l'état normal, elle est comblée par du tissu cellulo-graisseux; mais lorsque, par la dissection, elle a été débarrassée de ce tissu, elle se présente sous la forme d'une cavité, qui offre une ouverture inférieure regardant la peau, un cul-de-sac supérieur ou fond, et deux parois, interne et externe.

L'*orifice* est limité par le sphincter externe de l'anus en dedans, par l'ischion en dehors, par le bord postérieur du muscle transverse en avant, par le bord inférieur du grand fessier et le grand ligament sacro-sciatique en arrière.

Le *fond* n'est pas situé directement au-dessus de l'orifice. Il est placé sur la paroi externe et formé par l'insertion du bord supérieur du releveur sur l'obturateur interne.

La *paroi externe* est formée par la face interne de l'ischion et par l'obturateur interne qui recouvre cet os. Une aponévrose recouvre le muscle et le sépare du tissu cellulaire qui remplit la cavité; l'artère honteuse interne est appliquée contre l'ischion et l'obturateur, dans un dédoublement de cette aponévrose. La paroi externe est verticale.

La *paroi interne* est formée par la face inférieure des muscles releveur de l'anus et ischio-coccygien, et par le sphincter externe de l'anus.

La paroi externe est immobile, tandis que la paroi interne change d'aspect selon que le muscle releveur de l'anus est relâché ou contracté. Lorsque ce muscle se contracte, la paroi interne se raccourcit, elle se tend; lorsqu'il est à l'état de repos, elle s'allonge et se rapproche un peu de la paroi externe.

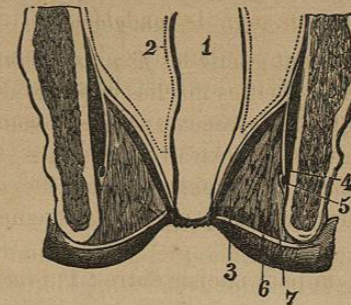


FIG. 69. — Coupe verticale et transversale du petit bassin passant par le rectum, les fosses ischio-rectales et les ischions. (Figure schématique.)

1. Rectum. — 2. Péritoine, ponctué dans toute son étendue. — 3. Coupe du releveur de l'anus recouvert de son aponévrose sur sa face interne, et formant la paroi interne de la fosse ischio-rectale par sa face externe. — 4. Coupe de l'obturateur interne concourant à former la paroi externe de la fosse ischio-rectale. — 5. Artère honteuse interne dans l'épaisseur de l'aponévrose de l'obturateur. (Cette artère est située trop haut sur ce dessin.) — 6. Face profonde du derme. — 7. Tissu cellulo-graisseux remplissant la fosse ischio-rectale. Entre le rectum, le releveur de l'anus et le péritoine, on voit un espace sans chiffre indicateur; c'est l'espace pelvi-rectal supérieur de M. Richet.

La fistule à l'anus est un orifice anormal siégeant autour de l'ouverture anale et donnant issue à de la matière purulente, quelquefois aussi à des gaz et à des matières intestinales.

Il y en a trois espèces : la *fistule complète*, qui communique avec l'intestin et avec l'extérieur; la *fistule incomplète*, qui se divise en *fistule borgne interne*, quand elle forme un cul-de-sac s'ouvrant dans l'intestin, et en *fistule borgne externe*, lorsque le cul-de-sac s'ouvre seulement du côté de la peau.

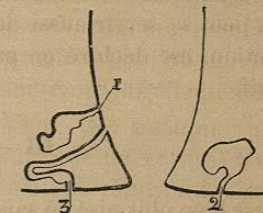


FIG. 70. — Schéma montrant les fistules de l'anus.

1. Fistule borgne interne. — 2. Fistule borgne externe. — 3. Fistule complète.

Anatomie pathologique. — a. *Orifice externe.* — Il est ordinairement situé sur les parties latérales de l'anus, à une petite distance de cette ouverture: beaucoup plus rarement, il occupe son côté antérieur ou postérieur. Tantôt déprimé, tantôt élevé sur une sorte de mamelon fongueux, il présente un diamètre assez étroit, mais dans lequel on peut toutefois introduire facilement un stilet ou une sonde cannelée.

b. *Trajet.* — A cet orifice succède un trajet qui offre dans sa forme et sa direction de nombreuses variétés. Il peut être rectiligne ou sinueux; il peut s'ouvrir dans le rectum à des hauteurs différentes. Lorsqu'il rampe immédiatement sous la peau, la fistule est dite *sous-tégumentaire*; on l'appelle *intra-sphinctérienne* quand il traverse le muscle constricteur de l'anus, *sus-sphinctérienne* quand il passe au-dessus de ce muscle.

Une division plus générale des fistules, et qui a de grands avantages au point de vue du pronostic et du traitement, consiste à les distinguer, suivant qu'elles sont superficielles ou profondes, en fistules de l'espace *pelvi-rectal inférieur* et fistules de l'espace *pelvi-rectal supérieur*. C'est dans ces dernières qu'on observe ces décollements considérables, consécutifs à la fonte du tissu cellulo-adipeux, dans les phlegmons profonds du périnée. Quelle que soit la variété du trajet fistuleux, il est ordinairement recouvert d'une membrane lisse, rosée, qu'on a comparée à une muqueuse, et il est entouré d'une masse de tissus indurés qui constituent les callosités.

c. Orifice interne. — L'orifice interne siège le plus souvent à une petite distance de l'orifice anal. Cependant, il peut remonter assez haut pour qu'il soit impossible de l'atteindre avec le doigt introduit dans le rectum. Tout autour de cet orifice, la muqueuse est généralement décollée dans une certaine étendue.

Le décollement occupe quelquefois une grande surface: aussi n'est-il pas rare, lorsqu'on explore la fistule, en faisant pénétrer un stylet par l'orifice externe, que l'instrument s'égare entre les tuniques du rectum, et que l'on ne trouve que difficilement l'orifice interne. Souvent on croit l'avoir rencontré, tandis qu'on n'a fait que perforer la muqueuse au-dessus ou au-dessous.

Les considérations anatomiques dans lesquelles nous venons d'entrer s'appliquent à la fistule *complète*. Les fistules *borgnes*, interne et externe, ne diffèrent de la précédente que par l'absence de l'orifice cutané dans la première, de l'orifice muqueux ou rectal dans la seconde.

Pour compléter cet exposé, nous rappellerons qu'il existe aussi des *fistules à trajets multiples*. Dans ces cas, l'orifice externe peut être unique, et le trajet bifurqué; ou bien on peut observer autour de l'anus plusieurs pertuis, irrégulièrement disposés, qui tantôt se réunissent profondément, tantôt vont s'ouvrir dans l'intestin à des hauteurs différentes.

Causes. — Les fistules à l'anus surviennent en général à la suite des abcès de la marge de l'anus; elles sont fréquentes chez les phthisiques, parce que ces derniers, nous le savons, sont prédisposés à cette sorte d'abcès.

Pour expliquer le défaut de cicatrisation de ces abcès et la formation consécutive de la fistule, on a émis plusieurs théories. La plus rationnelle consiste à regarder les fistules comme entretenues par le passage continu des matières fécales et des gaz dans le trajet accidentel, par la mobilité incessante du rectum, enfin par la difficulté que les parois du foyer éprouvent à serapprocher: on a vu, en effet, qu'elles sont formées en dedans par le rectum, en dehors par l'obturateur interne. Il y a là une cavité qui, lorsqu'elle a été creusée par la suppuration, ne peut se combler que très-difficilement.

Ajoutons qu'on voit quelquefois, autour de l'anus, des fistules causées

par l'ouverture, en ce point, d'un abcès par congestion. Il n'est pas rare de les rencontrer à la partie postérieure de cet orifice.

Symptômes. Diagnostic. — Les malades se plaignent de démangeaisons et d'un suintement dans la région anale. Cet écoulement puriforme n'a lieu que dans les variétés de fistule complète et borgne externe; c'est dans la première seulement qu'on observe le passage de gaz et de matières fécales. Quelquefois, il y a de la douleur; elle paraît due à la rétention du pus, à la suite de l'oblitération momentanée de l'orifice externe.

L'exploration de la région peut seule conduire au diagnostic. Un stylet introduit dans la fistule peut pénétrer dans l'intestin: on a alors une fistule complète. S'il n'y pénètre pas, il faut introduire l'indicateur de la main gauche dans le rectum, pendant que la main droite pousse le stylet avec ménagement. Le doigt introduit dans le rectum sent quelquefois une saillie indurée, au centre de laquelle est un orifice. Le stylet s'y introduit souvent. Si l'on ne trouve pas cet orifice, il faut tâtonner, et il arrive quelquefois qu'on découvre un orifice qui semblait ne pas exister. On peut encore avoir recours à l'injection dans le rectum d'un liquide coloré qui sort en partie par la fistule.

Dans quelques cas, le stylet peut être poussé à une profondeur de huit à dix centimètres. Faut-il admettre un décollement de la muqueuse rectale, ou plutôt, ainsi que le pense M. Richet, l'existence d'un abcès situé dans l'espace pelvi-rectal supérieur, et dont le pus aurait fusé dans la fosse ischio-rectale en dissociant les fibres du releveur de l'anus? Quoi qu'il en soit, on ne peut se refuser à admettre une variété de fistule borgne externe très-profonde.

La fistule borgne interne n'est pas si facile à diagnostiquer. Quelquefois, le doigt sent l'orifice dans le rectum, et le stylet recourbé en forme de crochet peut y être introduit; mais souvent cet orifice ne peut être senti; il faut arriver au diagnostic par une autre voie: douleur de la défécation; pus dans les matières fécales; tuméfaction sur les côtés de l'anus, pouvant être vidée dans le rectum par compression de la poche purulente.

L'examen du malade doit toujours être complété par l'auscultation de la poitrine. Des lésions pulmonaires avancées sont, en effet, une contre-indication à l'opération.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic n'est pas grave; mais les fistules constituent une infirmité très-désagréable et dont les malades demandent presque toujours à être débarrassés.

On a guéri quelques fistules à l'anus par les *injections iodées*; cette méthode est douloureuse et défectueuse. On a eu recours aussi à la *compression*, aux *caustiques* et à la *ligature*. Aujourd'hui, on fait l'*incision* et l'*excision* du trajet fistuleux.

L'*incision* se fait avec l'instrument tranchant ou avec l'écraseur linéaire. Lorsqu'on se sert de l'instrument tranchant, on enfonce la sonde cannelée dans la fistule; si elle est borgne externe, on la transforme en fistule

complète, en perforant la paroi rectale. On fait sortir par l'anus l'extrémité de la sonde cannelée qui a été introduite par la fistule, puis on incise les parties molles situées entre le trajet fistuleux et la cavité du rectum. Ensuite, on place une mèche très-épaisse, enduite de cérat, entre les lèvres de l'ouverture, en ayant soin d'introduire la mèche dans le rectum jusqu'à la partie la plus élevée de la fistule, afin d'éviter l'accolement des lèvres de la plaie et la récurrence. Tous les matins, en renouvelant le pansement, il faut presser la mèche contre la paroi de la fistule. Pour éviter la récurrence, il faut avoir bien soin d'inciser jusqu'à la partie la plus élevée de la fistule, et de ne pas laisser un cul-de-sac entre le rectum et la partie supérieure du trajet. Il est bon aussi de retourner l'instrument et d'inciser la paroi externe de la fistule, celle qui est opposée à celle qui a déjà été incisée.

M. Richet fait l'*excision*. Lorsque la sonde cannelée est à l'extérieur, il la pince avec une double érigne qui embrasse l'instrument, ainsi que le trajet fistuleux; puis il excise toute la longueur de ce trajet, en y comprenant les deux ouvertures.

Dans le cas de fistule prenant naissance dans l'espace pelvi-rectal supérieur, M. Richet enfonce l'une des branches d'un entérotome dans la fistule, l'autre dans le rectum; il comprime la paroi rectale qui se sphacèle; la fistule et le rectum ne forment plus ensuite qu'un conduit; la fistule est guérie. L'intestin est détruit, ici, d'après le même mécanisme que l'éperon, dans l'anus contre nature.

ARTICLE TROISIÈME

LÉSIONS DE NUTRITION DU RECTUM

I. — CANCER DU RECTUM.

Anatomie pathologique. — Le cancer du rectum se développe tantôt primitivement dans cet organe, tantôt consécutivement à une affection cancéreuse des organes voisins. Très-rare chez l'homme, le cancer consécutif est plus fréquent chez la femme à cause du voisinage de l'utérus qui en est si souvent affecté.

La production morbide peut se montrer sous trois formes principales. Tantôt ce sont de véritables tumeurs, faisant saillie dans le rectum, et nettement limitées; elles ont été appelées polypes cancéreux. Tantôt ce sont des plaques indurées, disséminées autour de l'intestin. Dans une troisième variété, le mal semble envahir une plus ou moins grande étendue du rectum sans qu'on puisse nettement définir ses limites; il s'infiltré en quelque sorte entre les tuniques: c'est le cancer diffus.

Au microscope, on reconnaît à la tumeur les caractères anatomiques de l'encéphaloïde, du squirrhe, du cancer colloïde ou de l'épithélioma. Ces quatre espèces ont été observées; la première et la dernière se rencontrent plus fréquemment.

L'*épithélioma* débute ordinairement par l'extrémité inférieure du rectum, par l'anus. Il est rare que cet orifice, et même que les parties qui l'environnent, ne soient pas le siège d'une induration profonde.

L'*encéphaloïde* naît dans le tissu cellulaire sous-muqueux; il refoule d'abord la muqueuse en dedans, la tunique musculaire en dehors. La première ne tarde pas à s'ulcérer; les fibres musculaires peuvent être amincies ou hypertrophiées.

Le volume de la tumeur est très-variable; il en est de même de son siège et de la hauteur de son point d'implantation. Est-elle plus fréquente en haut ou en bas, en avant ou en arrière? Il serait bien difficile d'être affirmatif sur ces questions.

Il n'est pas rare de voir le cancer, lorsqu'il a acquis un certain développement, faire saillie à l'extérieur.

Le rectum est ordinairement dévié; son calibre est rétréci. Ce rétrécissement s'observe surtout lorsque la maladie affecte la forme de plaques cancéreuses annulaires: on a alors affaire à un véritable cancer atrophique. Il existe, au-dessus de la lésion, une dilatation dans laquelle s'accumulent les matières fécales.

La maladie peut se propager aux organes voisins: vessie, utérus, vagin. De même que le cancer consécutif est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, de même chez elle la propagation secondaire du rectum aux parties adjacentes s'observe plus souvent.

Symptômes. — *a. Troubles fonctionnels.* — Le rétrécissement de l'intestin, soit par le resserrement et l'épaississement de ses parois, soit par la présence d'une tumeur volumineuse dans sa cavité, rend la défécation difficile. Cette constipation, qui est constante au début, peut cesser brusquement à une époque plus avancée, puis se montrer de nouveau. Ces sortes de débâcles sont dues au ramollissement d'une partie de la tumeur, qui est éliminée et laisse momentanément le passage libre. On peut observer tous les degrés, depuis une rétention complète, jusqu'à l'incontinence des matières fécales.

Il s'écoule par l'anus un *liquide sanieux*, sanguinolent, très-fétide, mêlé de débris cancéreux; souvent il y a de véritables *hémorrhagies*.

Les *douleurs* sont ordinairement très-vives; elles présentent quelquefois des périodes alternatives d'exacerbation et de rémission.

b. Signes physiques. — On reconnaît la tumeur par le *palper abdominal*, et surtout par le *toucher rectal*. L'emploi des *sondes*, du *speculum ani*, est très-douloureux et n'a aucune utilité. Le *doigt* reconnaît mieux que n'importe quel instrument explorateur, la présence d'une tumeur, sa consistance, l'état lisse ou bosselé de sa surface, sa hauteur dans le