

Pansement.

Sec aseptique. Bandage en T.

Suites.

Le pansement ne sera ouvert qu'*au bout de sept à huit jours*; les fils seront alors enlevés.

Appliquer un *pansement sec*, qui sera supprimé définitivement environ quinze jours après l'opération.

En cas de phénomènes *inflammatoires*, pendant les premiers jours, faire sauter un ou plusieurs fils et appliquer des pansements humides aseptiques quotidiens.

ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS

Suppuration du tissu cellulaire sous-cutané, développée entre la peau et la muqueuse anales, d'une part, et le sphincter, d'autre

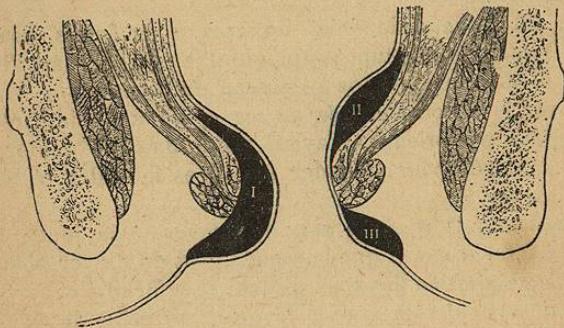


Fig. 230. — Abscès superficiels de l'anus (Faure et Rieffel).

I. Abscès sous-cutané muqueux. — II. Abscès sous-muqueux. — III. Abscès sous-cutané.

part (malpropreté, oxyures, hémorroïdes, tuberculose...) (fig. 230).

Caractères. — Sur la marge de l'anus, tuméfaction rouge plus ou moins douloureuse, fluctuante, gênant la position assise et la défécation. — La fistulisation consécutive à l'ouverture spontanée de l'abcès est fréquente.

Traitement.

Ouverture large de la collection purulente.

Préparatifs.

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

[Instrument.

Gros drain rectal de 1 centimètre de diamètre.

Matériel de pansement.

Bandage en T double.

Anesthésique.

Général : chlorure d'éthyle.

Malade.

Un lavement d'eau bouillie quelques heures avant l'opération].

Opération.**Position.**

Position de la taille.

Exécution.

Ouvrir l'abcès en dehors d'un *coup de pointe* du bistouri.

Par cette ouverture, glisser une sonde cannelée de Nélaton un peu recourbée du bout, jusqu'à la limite supérieure de la poche. Au besoin, introduire dans l'anus un doigt, comme guide.

Pousser le bec de la sonde *à travers la muqueuse* rectale (fig. 231). *Sectionner* au bistouri le pont cutanéomuqueux. *Nettoyer* la cavité mise à nu, avec un jet d'eau bouillie chaude. S'il le faut, exciser aux ciseaux les bords violacés amincis et recroquevillés de la plaie. Introduire une *mèche* de gaze aseptique jusqu'au fond de l'ouverture et le gros *drain* dans le rectum (pour les gaz).

Pansement.

Aseptique sec. Bandage en T.

Suites.

Le *premier jour*, constiper le malade avec 2 à 3 pilules

de 2 centigrammes d'extrait thébaïque ; les jours suivants, lui donner une pilule par jour.
Renouveler la mèche tous les jours, en bourrant bien

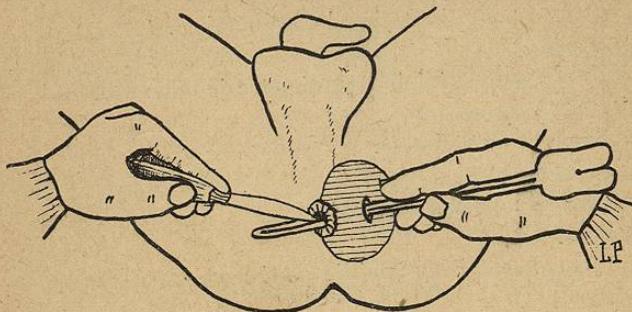


Fig. 231. — Incision d'un abcès de la marge de l'anus.

L'ouverture pour écarter les parois de la plaie, qui doit se fermer de la profondeur à la surface.
Purger vers le sixième jour. Soins de propreté après chaque selle.
Si la plaie tarde à se fermer, exciter ses bords à la teinture d'iode, au nitrate d'argent.
Le malade se lèvera vers le dixième jour, et il pourra reprendre une partie de ses occupations.
Guérison généralement en quinze jours à trois semaines.

ABCÈS ISCHIO-RECTAL

Suppuration du tissu cellulaire profond de la fosse ischio-rectale, en dehors du sphincter (malpropreté, hémorroïdes, tuberculose, rectite chronique...) (fig. 232).

Caractères. — Entre l'anus et l'ischion, empiétant même sur la fesse et sur le périnée, on voit une tuméfaction douloureuse, tendue, très dure; la peau est rouge, œdématiée; fièvre. Ne pas attendre, pour intervenir, la fluctuation nette (fistulisation fréquente, envahissement de l'espace pelvi-rectal supérieur, ouverture dans le rectum).

Pronostic. — Très réservé : la fistule est fréquente, même après

ouverture précoce. On a observé la tuberculisation secondaire de la fosse ischio-rectale.

Même guéris, ces abcès peuvent présenter des complications tardives : douleur de la cicatrice, déformations anales par rétractions cicatricielles, troubles de la défécation, de la miction, etc...

Traitement.

A. Incision précoce.

Préparatifs.

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

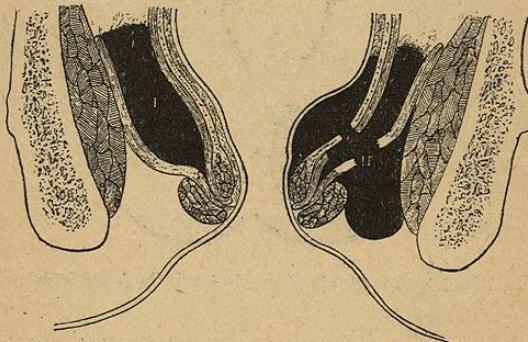


Fig. 232. — Abscess profonds (Faure et Rieffel).

I. Abscess de l'espace pelvi-rectal supérieur. — II. Abscess parti de la sous-muqueuse et gagnant l'espace pelvi-rectal et la fosse ischio-rectale, à travers la paroi rectale et le releveur qui sont perforés.

[Matériel de pansement.

Bandage en T double.

Gros drain.

Anesthésique.

Général : chlorure d'éthyle ou chloroforme.

Malade.

Lavement d'eau bouillie quelques heures avant l'opération].

Opération.

Position.

De la taille.

Exécution.

Incision de 8 à 10 centimètres, antéro-postérieure, à un doigt de l'anus, en pleine masse indurée (fig. 233). Traverser les tissus jusqu'au pus.

Nettoyer la poche, d'où sort un pus fétide, avec un jet d'eau bouillie (bock placé à 1 mètre de hauteur).

A l'œil, au doigt, se rendre compte qu'il ne vient pas de

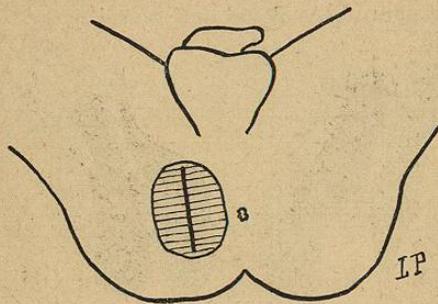


Fig. 233. — Incision verticale d'un abcès de la fosse ischio-rectale.

pus du *plafond de la loge* (espace pelvi-rectal supérieur). S'il en vient, agrandir l'orifice de communication.

Introduire dans la poche un gros *drain* et plusieurs lamelles de *gaze* formant un tamponnement lâche.

Pansement.

Aseptique sec. Bandage en T.

Suites.

Tous les deux ou trois jours faire le pansement. Dans l'intervalle, constiper artificiellement le malade, avec une pilule de 1 ou 2 centigrammes d'extrait thébaïque par jour. Le jour du pansement, provoquer une évacuation par un laxatif et un ou plusieurs lavements.

Veiller à ce que la cicatrisation se fasse de la profondeur à la surface et qu'il ne se produise pas de che-

vauchement en dehors de la peau (cicatrices gênantes et douloureuses).

Raccourcir le drain progressivement, l'enlever dès qu'il n'y a plus de suppuration profonde.

En cas de *lenteur anormale* de la cicatrisation, exciter les parois de la plaie à la teinture d'iode, au chlorure de zinc à 1/10, au nitrate d'argent. Ne laisser se fermer l'orifice superficiel que lorsque la poche sera tout à fait cicatrisée.

La *durée* moyenne est de trois à quatre semaines.

B. Incision tardive.

Le phlegmon a décollé et perforé la paroi rectale : du pus a été rendu par l'anus ou même, simplement, le toucher révèle l'existence d'une ulcération rectale. Le traitement sera le même que s'il y avait fistule rectale. Prévenir le patient de l'incontinence qui résultera de la section du sphincter.

Préparatifs.

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

[Instruments.

Thermocautère.

Gros drain rectal de 1 centimètre de diamètre.

Matériel de pansement.

Bandage en T double.

Anesthésique.

Général : chloroforme.

Malade.

Lavement d'eau bouillie, quelques heures avant l'opération].

Opération.**Position.**

De la taille.

Exécution.

Coup de pointe de bistouri dans la tuméfaction extérieure.

Par cet orifice, pousser la sonde cannelée ordinaire jusqu'à la limite supérieure et interne, c'est-à-dire jusqu'au contact de la paroi rectale.

Perforer cette paroi et, avec l'index gauche introduit dans le rectum, ramener la pointe de la sonde à l'anus. Sectionner au couteau du *thermocautère* porté au rouge sombre, tout le pont des tissus chargés par la sonde (paroi rectale et sphincter).

Nettoyer vigoureusement à l'eau bouillie sous pression toute cette plaie anfractueuse, en s'aidant des doigts recouverts de compresses de gaze.

Mettre dans la plaie des lamelles de *gaze* aseptique chiffonnées autour du *gros drain* (pour les gaz), qui remontera dans le rectum.

Pansement.

Aseptique. Bandage en T.

Suites.

Revenir voir l'opéré *au bout de quelques heures*. En cas de rétention d'urine (assez fréquente), recourir au cathétérisme.

Le *constiper pendant six jours* (4 centigrammes d'extrait thébaïque le premier jour; 1 à 2 centigrammes chacun des jours suivants).

Le pansement sera fait *tous les jours* : la plaie sera lavée à l'eau bouillie ou, en cas de persistance des phénomènes d'infection, à l'eau oxygénée à 12 volumes. Replacer dans la plaie des lamelles de gaze chiffonnées.

Le septième jour, purger le malade, enlever le drain et donner un lavement glycéринé, puis après la toilette de la région anale, replacer un pansement aseptique sec.

Si les *eschares ne tombent pas* aisément, favoriser leur chute par des pansements humides. Dès que la plaie a éliminé les produits sphacelés, qu'elle est désinfectée (au bout de huit à quinze jours) faire des pansements quotidiens secs.

Veiller à la cicatrisation régulière *du fond à la surface*. Surveiller les lèvres de la plaie qui ont de la tendance à faire saillie au dehors, tâcher d'éviter les chevauchements souvent douloureux.

Séjour au lit au moins *quatre à six semaines*; parfois, la cicatrisation exige des mois. Si elle *tarde trop* à se faire, en chercher la cause dans l'état général (tuberculose pulmonaire, syphilis, épuisement, débilité....) et traiter cet état. Localement, faire des attouchements à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, au thermocautère.

Parfois, la partie externe de la plaie se cicatrise, alors que la *profondeur suppure* encore : il ne faut pas hésiter à diviser les parties réunies et à mettre complètement à jour l'intérieur de la cavité, pour diriger la cicatrisation régulièrement du fond à la surface.

L'incontinence des matières due à la section du sphincter s'atténue à la longue et finit en général par disparaître après un certain nombre de mois. Si elle ne cédait pas, on peut recourir à un essai de suture des deux extrémités musculaires ou à l'électrisation.

FISSURE ANALE

Ulcération du sphincter anal presque toujours située en arrière; caractérisée par une douleur à la fin de la défécation, pouvant entraîner la syncope. Affection fréquente chez les femmes affectées de nervosisme et habituellement constipées (hémorroïdes).

Traitement.

Dilatation forcée de l'anus.

Préparatifs.

I. — Avant l'opération.

Instruments.

Pince à forcipressure.

Médicaments.

Vaseline stérile.

Pommade :

Cocaïne	1 gramme.
Vaseline	30 grammes.

Matériel à pansement.

Gaze iodoformée.
Ouate hydrophile.
Bandage en T.

Anesthésique.

Général : chloroforme.

Aides.

Un pour l'anesthésie.

Malade.

Purgation la veille de l'opération.

II. — Préparatifs de l'opération.**Instruments.**

Stériliser la pince.

Malade.

Aussitôt avant l'opération, la région anale sera rasée, savonnée et nettoyée aseptiquement. L'anesthésie sera poussée à la troisième période; ne pas intervenir avant qu'elle soit *profonde* (crainte de syncope réflexe).

Opération.**Position.**

De la taille.

Exécution.

Introduire les *pouces dos à dos* dans l'anus vaseliné au préalable et les éloigner l'un de l'autre jusqu'au contact des ischions.

Pansement.

Pousser peu profondément dans l'anus une mèche de gaze iodoformée enduite de pommade cocaïnée. Ouate. Bandage en T.

Suites.

Pendant les *deux ou trois premières heures*, le malade souffre beaucoup. On peut être amené à faire un injection d'un demi-centigramme de morphine.

Il y a parfois de la *rétention d'urine* nécessitant le cathé-

térisme (p. 387), mais elle dure peu. On observe également de l'*incontinence des matières fécales*, passagère elle aussi.

Dès le *lendemain* on peut se borner à appliquer sur l'anus des compresses aseptiques. — Purger le malade le surlendemain de l'opération.

Repos au lit *trois à quatre jours* pendant lesquels l'alimentation sera légère (œufs, bouillon, lait et laitages). Dans la suite, traiter la *constipation*.

FISTULE ANALE

Trajet anormal et persistant dans les parties molles péri-anales, d'origine accidentelle.

Nous ne nous occuperons que des fistules ouvertes ou non dans le tube digestif et ne communiquant pas avec l'urètre, le vagin, ou la vulve.

Caractères. — Ecoulement de pus par la fistule avec démangeaisons. Crises inflammatoires à répétition, dues à la formation d'abcès (par occlusion temporaire de la fistule).

Trois variétés de siège :

- Sous-sphinctérienne ;
- Extra-sphinctérienne ;
- Pelvi-rectale supérieure.

Trois variétés de forme :

- Borgne externe, soit à un seul orifice : cutané ;
- Borgne interne, soit à un seul orifice : muqueux ;
- Complète, soit à deux orifices : cutané et muqueux.

Diagnostic. — a. *De la variété de siège.* Introduire un stylet dans la fistule et un doigt dans l'anus. On sent cheminer le stylet sous la muqueuse (sous-sphinctérienne), ou l'on perçoit entre le doigt et le stylet l'épaisseur du sphincter interne (extra-sphinctérienne), ou bien le trajet est encore plus éloigné du rectum, il existe une grosse épaisseur de tissu séparant le doigt du stylet, lequel remonte très haut (pelvi-rectale supérieure).

b. *De la variété de forme :* borgne externe, borgne interne, complète.

Traitement.

Opérer toutes les fistules en général, même chez les tuberculeux (à moins que ceux-ci ne soient à la dernière période).

α) **Fistule sous-sphinctérienne** (fig. 234).
Consécutive à la malpropreté, aux oxyures, aux hémorroïdes, à

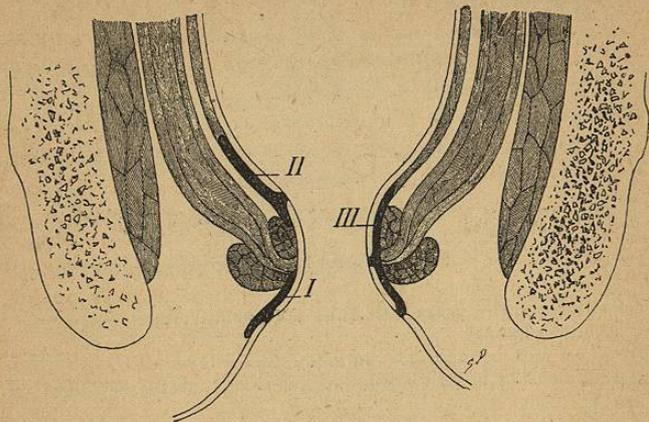


Fig. 234. — Fistules sous-tégumentaires de l'anus
(Gérard Marchant).

I. Fistule borgne externe. — II. Fistule borgne interne. — III. Fistule complète.

la tuberculose (dans ce dernier cas, aspect fongueux, à bords décollés).

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

[Instruments.

- Thermocautère (ou bistouri).
- Une paire de ciseaux courbes.
- Une sonde cannelée ordinaire.
- Une valve rectale.
- Une pince à griffes.
- Deux pinces de Kocher.
- Quelques pinces hémostatiques.

Matériel de pansement.

Bandage en T.

Anesthésique.

Général : chloroforme.

Malade.

Aura été purgé trois jours avant. Les deux jours qui précèdent, lavement d'eau bouillie matin et soir. La veille, au soir, une pilule d'opium de 5 centigrammes. Alimentation liquide, lait si possible, pendant ces trois jours].

Opération.

Position.

De la taille.

Exécution.

1. *Dilater l'anus.* — Enfoncer les deux pouces dans l'anus. Prenant, avec les autres doigts, point d'appui sur les ischions, écarter les pouces l'un de l'autre lentement, jusqu'à suppression de la résistance du sphincter.
2. *Nettoyer avec un jet d'eau bouillie provenant du bock, le rectum,* puis y enfoncer un tampon de gaze pour empêcher l'arrivée des matières. Nettoyer alors l'anus et l'intérieur de la région par un savonnage aux doigts, puis au sublimé.
3. D'une main, *introduire la sonde cannelée* par l'orifice externe et la pousser doucement, en la laissant se diriger, tandis que l'index de l'autre main dans le rectum suit la progression de la sonde. Lorsque la sonde est au bout du cul-de-sac de la fistule, si elle n'arrive pas au contact direct du doigt dans le rectum (fistule complète), pousser cette sonde pour perforer la muqueuse et transformer la fistule borgne en fistule complète.
Le doigt rectal accrochera le bout de la sonde cannelée et l'attirera en dehors de l'anus.
4. Au bistouri et mieux, au thermocautère, *inciser tous les tissus chargés par la sonde cannelée.* Saisir les deux lèvres de l'incision avec les deux pinces de Kocher, pour bien étaler la région.
5. Terminer par l'*excision aux ciseaux courbes de tout le trajet.* Veiller, en particulier, à ouvrir et exciser les diverticules, s'il s'en trouvait.

6. *Cautériser* au thermocautère toute la surface saignante mise à jour.

Pansement.

Mèche de gaze sèche aseptique entre les deux bords de la plaie pour maintenir béante cette dernière.

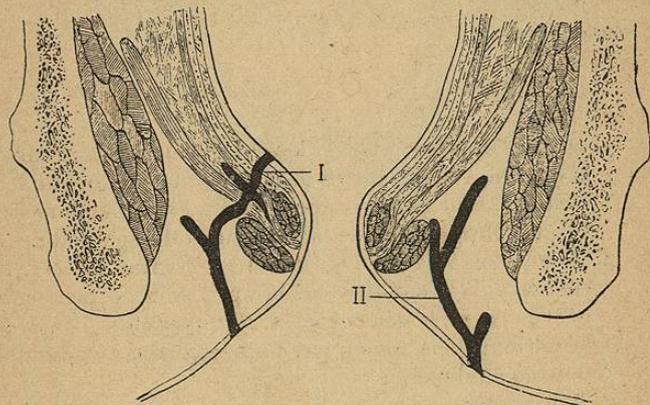


Fig. 235. — Fistules extra-sphinctériennes (Faure et Rieffel).
I. Fistule complète. — II. Fistule borgne externe.

Ouate hydrophile aseptique; par-dessus, ouate ordinaire.

Bandage en T.

Suites.

Pansements (à la gaze) tous les jours, en écartant bien la plaie, pour provoquer le bourgeonnement de la profondeur à la surface.

Le malade sera constipé environ *quatre jours*: 2 centigrammes d'extrait thébaïque, une à deux fois par jour. — Le *cinquième jour*, purgation. Le malade ne se lèvera pas avant le *neuvième* ou le *dixième jour*.

Ulérieurement, pour hâter le bourgeonnement, cautérisations au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, au besoin à l'onguent styrax.

Durée moyenne : *deux mois*.

β). **Fistule extra-sphinctérienne** (fig. 235).

Même étiologie que la précédente, en y ajoutant les inflammations prostatiques et péri-prostatiques, la rectite chronique.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[**Instruments.**

- Un bistouri.
- Une paire de ciseaux courbes.
- Une sonde cannelée ordinaire.
- Une valve rectale.
- Une pince à griffes.
- Deux pinces de Kocher.
- Quelques pinces hémostatiques.
- Aiguille à suture courbe.
- Catgut (n° 1).

Liquides.

Solution de chlorure de zinc à 1/10.

Matériel de pansement.

Bandage en T.

Anesthésique }
Aide } comme précédemment].
Malade }

Opération.

Position.

De la taille.

Exécution.

Les premiers temps sont les mêmes que pour la fistule sous-sphinctérienne (p. 329).

1. *Dilatation anale.*
2. *Nettoyage du rectum.*
3. *Introduction de la sonde cannelée.*
4. *Section des tissus chargés* par la sonde (y compris le sphincter). Saisir avec chaque pince de Kocher une des moitiés de la muqueuse rectale sectionnée.

5. *Excision*, aux ciseaux courbes, du ou des trajets fistuleux.
6. *Attouchement* des tissus à la solution de chlorure de zinc à 1/10.
7. *Suture de la plaie* avec deux séries de points séparés au catgut :
Première série : fils profonds contournant la plaie dans la profondeur et l'enserrant sans la traverser.
Deuxième série : fils superficiels affrontant les deux lèvres de la plaie, lèvres muqueuses en dedans, cutanées en dehors. Ainsi sera réalisée la réparation du sphincter.

Pansement.

Sec aseptique.
Bandage en T.

Suites.

Constiper le malade jusqu'au *huitième jour* (4 centigrammes d'extrait thébaïque le premier jour; 1 à 2 centigrammes chacun des jours suivants). N'enlever le pansement qu'à ce moment, si tout va bien. Alors purgation.

Lever au quinzième jour.

En cas de *non-réunion primitive*, traiter la plaie comme celle de la fistule sous-sphinctérienne, mais alors, l'incontinence des matières peut être définitive.

γ) Fistule pelvi-rectale supérieure.

Généralement consécutive à un abcès de cet espace (prostatite, péri-prostatite, vésiculite, affections de la vessie, rectite) parfois en rapport avec une lésion osseuse (sacrum, coccyx). Elle ne communique pas, d'habitude, avec l'intestin.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 13).

[Instruments.

Un bistouri.
Une paire de ciseaux courbes.
Une sonde cannelée ordinaire.
Six pinces à forcipressure.

Une curette de Volkmann.
Un drain de grosseur moyenne.

Matériel de pansement.

Bandage en T.

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Trois (un pour l'anesthésie).

Malade.

Purgé, la veille].

Opération.**Position.**

De la taille.

Exécution.

Incision de la peau suivant une ligne antéro-postérieure passant par l'orifice de la fistule.

Traverser la fosse ischio-rectale, dont le tissu adipeux est sclérosé.

Sectionner le releveur de l'anus qui découvre l'espace pelvi-rectal supérieur.

Exciser le trajet, curetter les fongosités, pincer les vaisseaux qui donnent.

Introduire un *drain* le plus loin possible, puis bourrer la cavité à la gaze aseptique.

Pansement.

Sec aseptique, avec bandage en T.

Suites.

Tamponner la cavité profonde soigneusement, *tous les jours*, pour éviter la fermeture intempestive de la plaie et favoriser la cicatrisation de la profondeur à la surface.

Durée : souvent fort longue, d'un à plusieurs mois.

HÉMORROÏDES

Dilatation variqueuse des veines ano-rectales, commençant généralement par occuper les hémorroïdales supérieures (système porte)

qui forment les hémorroïdes internes; puis la dilatation s'étend vers le bas et devient externe, gagnant les veines hémorroïdales externes (veine iliaque interne).

Symptômes. — Hémorragies plus ou moins abondantes par l'anus, poussées de phlébite anale, crises hémorroïdaires, constatation d'hémorroïdes à l'extérieur (externes ou procidentes); pour voir les hémorroïdes internes, faire « pousser » le malade, comme s'il allait à la selle, ou introduire une valve dans l'anus.

Diagnostic. — Avec : condylomes de l'anus, épithélioma ano-rectal, prolapsus, polype. Se méfier des hémorroïdes symptomatiques pour ne pas les supprimer (grossesse, cancer rectal, calculs de la vessie, hypertrophie prostatique, ovarite, tumeurs pelviennes, cirrhose hépatique).

Variétés. — Hémorroïdes enflammées ou gangrenées (justiciables de la thermocautérisation); hémorroïdes ampullaires, gros paquets hémorroïdaires occupant presque tout le pourtour de l'anus (à traiter par l'excision).

Traitement opératoire.

Indications : hémorragies, inflammations, prolapsus, étranglement.

1° Excision.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

[Instruments.

Une valve écarteur.

Six pinces de Kocher.

Six pinces hémostatiques ordinaires.

Une paire de ciseaux courbes.

Un bistouri.

Une pince à griffes.

Une aiguille fine, courbe.

Thermocautére.

Drain de la grosseur du petit doigt.

Catgut gros (n° 4) et catgut fin (n° 0).

Médicaments.

Vaseline stérile.

Matériel de pansement.

Gaze iodoformée.

Bandage en T double.

Anesthésie.

Générale : chloroforme.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie).

Malade.

Purgation trois jours auparavant; lavement matin et soir, les deux jours précédant l'opération. — La veille, deux pilules d'extrait thébaïque de 3 ou 4 centigrammes chacune. Alimentation liquide. — Le soir qui précède, raser la région anale, la savonner et recouvrir d'un pansement humide aseptique].

Opération.

Position.

De la taille.

Exécution.

1. *Dilatation de l'anus* (p. 329).

2. *Nettoyage et préparation de la région opératoire.*

Avec le bock à injection laver à l'eau bouillie le rectum; puis y enfoncer un tampon de gaze assez gros pour protéger le champ opératoire.

Nettoyer avec une compresse et de l'eau savonneuse tout l'anus (intus et extra). Laver ensuite à l'eau bouillie.

3. *Ablation des paquets hémorroïdaires.* — Introduire la valve écarteur et placer des pinces sur la muqueuse saine au-dessus d'un paquet hémorroïdaire (Procéder par paquets séparés par des ponts de muqueuse saine, afin d'éviter l'atrésie résultant d'une excision circonférentielle totale). Un aide tire légèrement sur les pinces.

Au bistouri, circonscrire chaque paquet en incisant la peau d'une part et la muqueuse d'autre part, le plus près possible de sa base.

Disséquer les hémorroïdes du côté de leur attache profonde, à l'aide de ciseaux courbes. Les enlever jusqu'au sphincter qui sera mis à nu.

Pincer et lier au catgut fin les vaisseaux qui donnent.