

cause de décollements qui aboutissent à la formation de nouveaux trajets et transforment une fistule simple en fistule complexe.

Quand la fistule est borgne interne, les malades se plaignent tantôt d'avoir leur chemise tachée, tantôt, et ceci quand la fistule s'ouvre au-dessus du sphincter, de rendre avec leurs matières une certaine quantité de pus et de sang glaireux. Il existe de plus une vague sensation de pesanteur, de tension, une gêne douloureuse du côté de l'anus ; des crises intermittentes de douleurs plus aiguës analogues à celles que nous avons décrites plus haut viennent compléter le tableau clinique, qui, on le voit n'a rien de bien caractéristique.

Diagnostic. — L'examen direct permet seul de porter d'une façon certaine le diagnostic de fistule.

1^o *Diagnostic de la fistule.* — Pour cet examen le malade doit être couché sur le côté, la cuisse correspondant à ce côté étant allongée, l'autre fléchie. De la main gauche le chirurgien soulève la fesse supérieure, avec la droite il étale la région. Le plus souvent cette inspection permet de voir un ou plusieurs orifices.

Ces orifices sont situés latéralement, presque jamais sur la ligne médiane ; ils sont étroits, arrondis ou allongés en forme de fente. Tantôt l'orifice se présente au sommet d'un petit mamelon au milieu de saillies bourgeonnantes qui semblent l'obturer ; tantôt il apparaît comme une petite perforation à bords minces au milieu d'une plaque de tissu cicatriciel, tantôt enfin il est caché au fond d'une dépression due à la rétraction fibreuse des tissus voisins.

Il peut encore passer inaperçu lorsqu'il est caché au fond d'un pli rayonné ou lorsqu'au contraire il siège à la fesse, au scrotum, en un point très éloigné du rectum. La pression exercée par un doigt introduit dans l'anus peut faire sourdre une gouttelette de pus à l'orifice fistuleux et révéler ainsi son existence et son siège. De même la palpation de la pulpe de l'index faite tout autour de l'anus peut faire sentir une légère induration.

C'est l'examen au stylet ou à la sonde qui lèvera tous les doutes. L'instrument légèrement incurvé est présenté à l'orifice

fistuleux ; il peut n'y pénétrer qu'avec peine et grâce à une légère effraction si cet orifice est étroit. L'index gauche est alors introduit dans le rectum, il cherche à sentir l'extrémité de la sonde, il la guide et se rend compte de l'étendue du décollement et de l'épaisseur des tissus interposés. Il cherche l'orifice interne, qui, il faut bien le savoir, ne siège pas à la limite du décollement, mais se trouve au contraire bas situé, juste au-dessus du sphincter. La fistule peut échapper à l'exploration sans qu'on puisse en nier l'existence. Une injection de liquide coloré faite par l'orifice cutané et ressortant par le rectum ou inversement permettra d'affirmer que la fistule est complète.

Le diagnostic des *fistules borgnes internes* présente quelques difficultés. L'examen extérieur de l'anus ne montre rien d'anormal. C'est le toucher rectal très attentif qui révèle à un centimètre de l'orifice anal une surface, un point induré de la muqueuse. La pression précise en ce point provoque une douleur et le stylet ou une sonde cannelée fortement recourbée pénètre alors dans cette dépression qu'accusait le doigt et rend indiscutable le diagnostic. Si la fistule borgne interne est à un degré plus avancé, on peut par une pression combinée des téguments entre le pouce extérieur et l'index intra-anal sentir une tuméfaction arrondie révélatrice du diagnostic. Cette sorte de boule sur laquelle aimait à insister le professeur TRÉLAT indique déjà que la fistule borgne interne va aboutir à un abcès qui rendra complète la fistulisation.

On arriverait de même par l'inspection directe et le toucher rectal à cathétériser et à reconnaître cette variété rare de fistule complète, toute entière intra-anales que QUÉNU et HARTMANN appellent *fistule bimuqueuse*.

Les *fistules ischio-rectales* échappent difficilement à un observateur attentif. Leur orifice étant assez éloigné de l'anus, entre le stylet et le doigt intra-anal existe une épaisseur considérable de tissus, en particulier le sphincter externe que l'on sent se contracter et se durcir sous le doigt qui l'explore. La difficulté n'est pas ici de reconnaître la fistule, mais d'en déterminer l'étendue, les limites, les différents prolongements. La sonde cannelée préalablement incurvée, vient parfois en suivant un

trajet direct, sortir dans l'intérieur du rectum juste au-dessus du sphincter. Dans d'autres cas l'orifice interne échappe ou n'existe pas et l'on sent l'extrémité de la sonde à peine séparée du doigt rectal par une muqueuse mobile et souple mais il arrive aussi que la sonde profondément enfoncée reste loin du rectum en quelque point de la fosse ischio-rectale.

S'il existe plusieurs orifices, on s'appliquera avec de petites bougies fines à extrémités mousses, à en faire le cathétérisme, car il importe de découvrir surtout le trajet qui s'ouvre dans le rectum.

Quant aux fistules pelvi-rectales supérieures, on les reconnaît tout d'abord à la longueur de leur trajet qui peut atteindre 10, 12 et 13 centimètres. La sonde au lieu de se diriger vers le rectum se porte souvent au contraire, soit en avant si la fistule est d'origine génitale, soit latéralement si son point de départ est au niveau d'un des os du bassin.

Elle peut aussi, bien entendu, se diriger vers le rectum et y pénétrer quand l'ouverture s'est faite un peu au-dessus de l'incision rectale du releveur.

2° *Diagnostic de la cause.* — La fistule reconnue il reste à en chercher la cause. L'importance de la tuberculose est telle dans l'histoire de cette affection, qu'en présence d'un malade chez qui nous constatons une fistule, nous nous demandons immédiatement : *Le malade est-il tuberculeux ?* L'auscultation attentive du poumon, l'examen du testicule, de la prostate, la recherche des antécédents héréditaires et personnels ne doivent en aucun cas être négligés.

Quelle que soit la réponse faite à cette première question, une autre se pose : *la fistule est-elle tuberculeuse ?* La chose est douteuse dans les cas ordinaires : l'inoculation seule pourrait donner des renseignements positifs. L'idée de tuberculose s'impose en présence de certaines fistules dont l'orifice extérieur est plutôt une véritable ulcération à bords amincis, décollés, de coloration violacée. Cette ulcération conduit dans une cavité irrégulière dont les parois sont tapissées de fongosités et qui sécrète abondamment un pus séreux, le pus des abcès froids. Il existe à la périphérie comme une coque indurée, zone d'infiltration aux

dépens de laquelle se fait l'extension du mal. Ajoutons que tout cela s'est développé lentement sans occasionner autre chose que de la gêne à cause de la suppuration.

Toutes les fistules ne sont pas tuberculeuses : il en est, avons-nous dit, qui ont pour cause le traumatisme, quelque corps étranger (petits os, matières fécales durcies, etc.) des ulcérations hémorroïdaires etc., mais ce sont des exceptions.

Certaines fistules ont un point de départ extra-rectal : on rencontre ainsi parfois dans la région ano-sacrée des trajets fistuleux échelonnés sur la ligne médiane ou tout autour de la ligne médiane et simulant une fistule à l'anus. Pour rapporter à leur cause ces trajets fistuleux il faut remarquer avec soin :

1° L'existence de deux ou trois dépressions cutanées dans le sillon interfessier, c'est-à-dire absolument médianes, sortes de petits sacs cutanés plus ou moins profondément inclus dans les téguments, et dont l'origine congénitale a été bien établie par M. LANNELONGUE.

2° Quand on explore ces trajets avec le stylet, l'instrument révèle qu'ils se dirigent non du côté de l'anus, mais autour du coccyx et du sacrum. On se trouve alors en présence d'une *fistule congénitale* qui reconnaît pour origine tantôt l'infundibulum cutané, tantôt un kyste dermoïde irrité et enflammé et dont les produits de suppuration se déversent à l'extérieur par des trajets multiples.

Les *fistules recto-génitales*, très rares d'ailleurs chez l'homme, ont un siège antérieur, un trajet en rapport avec leur origine (glandes de Cooper, prostate etc.). Chez la femme elles viennent s'ouvrir soit à la vulve, soit dans le vagin, ou même exceptionnellement dans l'utérus. Elles ne sont pas comme chez l'homme, péri-anales, mais véritablement recto-vulvaires ou recto-vaginales.

Les premières sont consécutives à une déchirure obstétricale, à un coït brutal, à une suppuration des glandes vulvo-vaginales. Les autres peuvent être dues aussi à de semblables traumatismes ou résulter de la gangrène qu'occasionne la compression par la tête fœtale restée trop longtemps dans l'excavation pelvienne. Nous ne parlerons pas des ulcérations syphilitiques ou cancé-

reuses, mais nous insistons tout particulièrement sur l'existence de fistules recto-vaginales, liées à un rétrécissement du rectum ou à une tuberculose péri-anale.

Toutes ces fistules ont une évolution, un aspect spécial, elles ne rentrent pas dans ce qu'on est convenu d'appeler les « fistules à l'anus ». Dans des cas exceptionnels seulement elles peuvent les simuler et occasionner quelques difficultés de diagnostic.

Nous en dirons de même des *fistules recto-urinaires*, des fistules recto-uréthrales en particulier, qui peuvent présenter un trajet plus ou moins flexueux, parfois bifurqué de telle sorte qu'une de ses branches gagne le rectum, l'autre le périnée. Dans les cas douteux, HARTMANN¹ conseille de faire prendre au malade du bleu de méthylène ; la coloration bleue du liquide de la fistule indiquera son origine urinaire. L'étude de ces fistules sera faite avec celle des organes génito-urinaires.

Nous citerons seulement les *fistules recto-intestinales* qu'on a observées dans certaines appendicites ou à la suite d'étranglement de l'hédrocèle dans le prolapsus du rectum.

Nous insisterons davantage sur les *fistules ostéopathiques* ; moins encore que les précédentes, elles sont des « fistules à l'anus », mais elles ressemblent aux fistules pelvi-rectales supérieures et il n'est pas sans intérêt de bien connaître leurs caractères au point de vue du diagnostic.

Leur histoire est celle de l'affection osseuse qui leur a donné naissance, ostéomyélite, tuberculose. Souvent multiples, elles s'ouvrent assez loin de l'anus et le stylet introduit dans leur trajet ne se dirige pas vers le rectum mais le fuit au contraire. Il pénètre profondément et atteint parfois un point osseux dénudé. A défaut de ce signe de haute valeur qui rend le diagnostic indiscutable, la constatation d'un point douloureux sur l'ischion, le coccyx, ou le sacrum pourra avoir une grande importance. Ces fistules d'origine sacrée ou coccygienne présentent de plus certaines particularités cliniques. Voici l'histoire d'un malade que nous avons observé à l'hôpital Boucicaud où il était entré pour des fistules multiples péri-anales.

¹ HARTMANN. *Revue de chirurgie*, 1894, p. 4.

Cet homme âgé de cinquante-quatre ans avait été opéré plusieurs fois, ses fistules au nombre de trois correspondaient à la partie postérieure et latérale de l'anus ; la peau autour de ces fistules était enflammée, rouge et lisse. L'exploration intra-rectale démontra une sensibilité exquise au niveau du coccyx ; à ce niveau la muqueuse était tuméfiée, œdémateuse. Le coccyx fut réséqué : il était transformé en une esquille en forme d'épée, rongé, érodé par une ostéite tuberculeuse. Le malade guérit.

DOYEN¹ sous le nom de pelvi-péritonite chez l'homme a publié 3 observations qui se rapportent à des cas de fistules d'origine sacrée, en tout semblables à celui que nous venons de rapporter : fistules multiples s'ouvrant très loin du point de départ compliqués de nombreux trajets collatéraux, en somme lésions très étendues en rapport avec une lésion primitive souvent très limitée.

Pronostic. — La simple fistule à l'anus est bénigne et il n'est pas rare de rencontrer des malades qui en sont atteints depuis des années, sans que leur état général s'en soit ressenti. La fréquence de la nature tuberculeuse fait réserver le pronostic qui dépend surtout alors de l'état des poumons.

Les fistules à trajets nombreux, qui suppurent beaucoup, fatiguent le malade, l'inquiètent et le disposent à l'hypochondrie. Elles ont donc un pronostic assez sérieux surtout si l'on considère qu'il est difficile de les guérir complètement.

Traitement. — Le traitement des fistules anales et péri-rectales est pratiqué depuis HIPPOCRATE qui les combattait déjà par les incisions, les cautérisations et professait « qu'on n'offensait nullement l'intestin droit en le coupant, en le tranchant, en le cousant, cautérisant et pourrissant ». (*Livre des hémorrhoides*). Depuis CELSE qui résume très bien les idées de son époque et préconise la ligature, jusqu'à la renaissance, la question des fis-

¹ DOYEN. La pelvi-péritonite chez l'homme. *Treizième Congrès de Chirurgie*. Paris, 1899, p. 588.

tules reste mal étudiée, obscure au point de vue du siège, de l'étiologie, encore plus mal connue au point de vue du traitement.

En somme lorsque Louis XIV éprouva les premiers symptômes de son historique fistule « cette affection était pour tous un objet de terreur, parce que les malheureux qui en étaient atteints se trouvaient dans la triste alternative d'être considérés comme incurables ou soumis aux médications les plus douloureuses » (D. MOLLIÈRE¹). Il fallut ce cas illustre pour faire abandonner tous les anciens traitements et faire accepter le seul vrai, l'incision.

A. FISTULES SUPERFICIELLES. — Dans les *fistules sous-cutanéomuqueuses*, l'incision n'intéressant pas le sphincter n'a que des avantages, elle transforme le trajet étroit de la fistule en une large plaie, qui pansée à plat, bourgeonne et se cicatrise facilement. Voici comment il convient d'opérer :

Le malade a été préparé comme il doit l'être pour toute opération portant sur le rectum ; une ou deux purgations pendant les quelques jours qui précèdent, opium la veille de l'opération, bains, grands lavages du rectum s'il est nécessaire. Il vaut mieux endormir le malade et l'éther est ici bien préférable au

¹ D. MOLLIÈRE. *Maladies du rectum et de l'anus*, p. 50, Paris, 1877.

Tous les modes de traitement alors mis en usage furent essayés sur divers groupes de malades ; les uns furent envoyés à Barèges, les autres à Bourbon-Larchambault, certains furent traités par les cautérisations, d'autres par la ligature. L'incision fut proposée par VAISSIÈRE et pratiquée par FÉLIX, chirurgien du roi. Il employa pour cette opération un syringotome qu'il fit construire spécialement à cette effet, syringotome qui n'était d'ailleurs qu'une modification de celui de Galien. L'instrument de Galien est une sorte de couteau en S terminé par un stylet boutonné. Ce stylet introduit par la fistule chargeait pour ainsi dire tout le trajet ; il suffisait d'abaisser en tirant pour sectionner les tissus interposés. FÉLIX fit construire un instrument plus simple ; une sorte de bistouri falciforme terminé par un long stylet. De plus il ne se contenta pas de la simple incision : il y joignit des scarifications et des cautérisations. Louis XIV guérit et depuis cette époque (1686), la pratique de l'incision est universellement adoptée.

chloroforme si l'on veut éviter les syncopes ; l'anesthésie doit être poussée jusqu'à la résolution complète.

Le malade endormi est placé dans la position de la taille : la région est rasée, lavée, aseptisée, non seulement la peau, mais les plis de l'anus, le canal anal. Par l'orifice externe de la fistule on glisse une sonde cannelée que l'on a bien pris soin d'incurver au préalable, tandis qu'un doigt introduit dans le rectum la suit dans son trajet sous-muqueux.

Si la fistule est complète le doigt intra-rectal ne tarde pas à sentir l'extrémité de la sonde libre dans le rectum ; se recourbant en crochet il l'attire en dehors de l'anus chargeant ainsi tous les tissus interposés. Avant d'inciser il est bon suivant la pratique du professeur BERGER, de saisir avec des pinces érignes la partie supérieure et la partie inférieure de la fistule, de façon qu'après l'incision ces deux bords ne filent pas. La section peut se faire soit au bistouri, soit au thermocautère porté au rouge sombre. Le thermocautère a cet avantage qu'il détruit les parois granuleuses du trajet et les germes qu'elles renferment. Les petites escarres qu'il produit, protègent, disent QUÉNU et HARTMANN, la solution de continuité contre les premières souillures jusqu'à l'apparition de la couche des bourgeons charnus.

Mais l'orifice supérieur d'une fistule complète, n'est pas tant s'en faut, à la limite de ce décollement qu'il faut absolument supprimer (voy. fig. 47). Une valve est introduite dans le rectum et écarte le côté opposé à celui de la fistule, la pince érigne préalablement placée est alors d'un grand secours pour permettre d'exposer le rectum au-dessus de l'incision. Il faut inciser et même exciser toute la muqueuse décollée, si l'on ne veut pas voir survenir de récidive sous forme de fistule borgne interne plus ou moins étendue. Les trajets accessoires branchés sur le trajet principal maintenant largement ouvert seront poursuivis, découverts, curettés, cautérisés dans tous leurs prolongements.

La fistule *bimuqueuse* s'opère très facilement de même d'un coup de bistouri.

La *fistule borgne externe* sera transformée en fistule complète, en poussant le plus loin possible la sonde cannelée et en lui fai-

sant perforer la muqueuse à l'extrémité du décollement. Pendant cette manœuvre l'index en crochet introduit dans le rectum, protège la paroi du côté opposé et empêche que l'extrémité de la sonde poussée un peu trop brutalement ne vienne à l'offenser.

La *fistule borgne interne* s'opère de la même façon mais ici la chose est plus facile pourvu qu'on se serve d'une sonde incurvée à son extrémité. L'index ayant repéré l'orifice, le bec de la sonde s'y engage et l'on cathétérise le trajet de haut en bas; mais au lieu de perforer les téguments, il est plus simple, puisqu'on a toute la région sous les yeux, de les inciser couche par couche sur la cannelure de la sonde qui vous guide.

On agirait de même pour les *fistules complexes*, en incisant, curettant et cautérisant tous les trajets, en allant des superficiels aux profonds et en ne laissant aucun prolongement, aucun diverticule qui puisse donner lieu à une récurrence. Ces délabrements qui paraissent considérables au moment de l'opération, se réparent relativement très vite.

Dans les fistules complexes à prolongements multiples et étendus, il y a avantage à opérer la fistule en deux temps.

Après une période préparatoire qui consiste à antiseptiser la région (baignade, pansements humides) de façon à diminuer la résistance de ces tissus chroniquement enflammés nous conseillons de mettre au jour et de gratter, de cautériser tous les tunnels sous-cutanés.

Généralement ces galeries à prolongements multiples aboutissent à un ou plusieurs *carrefours* indiqués déjà par les déviations des stylets ou sondes cannelées et rendus visibles par une série d'*incisions en étoile*.

Après bourgeonnement de ces trajets fistuleux, disparition de l'état scléreux des tissus chroniquement enflammés, on procède à la recherche et à l'incision de la ou des fistules à proprement parler.

Par ce procédé en deux temps, on évite l'inoculation de toutes les surfaces ainsi mises à nu, souvent fort étendues.

Le *pansement* est simple, il consiste en une mince lanière de gaze iodofornée qui empêche l'accollement des deux lèvres de

la plaie, et non en un tamponnement qui gêne la miction et peut même aller jusqu'à causer de la rétention d'urine. Ce pansement reste en place pendant quatre ou cinq jours pendant lesquels on constipe le malade; il est bon de donner alors une purgation et de remplacer le pansement sec par quelques compresses humides pour favoriser la chute des escarres. La réparation se fait très vite et au bout d'une quinzaine de jours, le malade peut reprendre ses occupations.

Dans quelques cas rares, après l'opération de la fistule à l'anus le point incisé ne cicatrise pas complètement et il persiste une ulcération veloutée, plane en surface, qui continue à être sensible, à donner une sécrétion légère. L'opérateur n'est en rien responsable de cette absence de guérison; c'est l'état général du sujet qu'il faut incriminer: une tuberculose pulmonaire en activité, une syphilis récente, un affaiblissement dû à des excès sont autant de causes qu'il faudra combattre par un traitement approprié. La cicatrisation de l'ulcération suivra parallèlement la modification de l'état général.

D'autres modes de traitement peuvent encore être employés.

MATHEWS¹ et TUTTLE emploient l'*« itinérant method »*; ils cherchent par la dilatation, les cautérisations répétées à amener l'oblitération des trajets; traitement long, ne réussissant que dans les cas simples et bien inférieur à tous points de vue à l'incision.

La *ligature élastique* longtemps employée fait, mais lentement, ce que fait l'incision. Elle n'a sur elle que des désavantages: lente, douloureuse, insuffisante, elle ne s'applique qu'aux cas très simples et ne doit être employée que chez des malades pusillanimes ou dans un état général par trop précaire.

L'*excision* est une méthode plus chirurgicale et qui rallie actuellement bon nombre de partisans; proposée dès 1852 par CHASSAIGNAC, elle a été abandonnée puis reprise. On la pratique ainsi: une sonde est introduite dans le trajet et à l'aide de ciseaux ou de deux incisions latérales au bistouri, on enlève

¹ MATHEWS. *Dis. of the rectum anus and sigmoid flexure*, 1892, p. 412.

tous les tissus qui forment comme un étui autour de la sonde et qui constituent le trajet. Des points de suture profonds, analogues à ceux de la périnéorrhaphie rapproche les surfaces cruentées. La réunion s'obtient en quelques jours par première intention. C'est un résultat idéal ; malheureusement il manque parfois ; il se produit un peu de désunion et si l'on n'y prend garde, la fistule se reproduit. Dans les cas complexes, l'excision ne pourrait se faire qu'au prix de trop grands sacrifices, de sorte qu'en pratique, c'est en somme à l'incision qu'il faut s'en tenir en réservant l'excision pour quelques cas exceptionnels (fistule bien limitée, fistule tuberculeuse).

FISTULES PROFONDES

Leur caractéristique est leur trajet extra-sphinctérien. Si l'incision leur convient aussi bien qu'aux précédentes, elle ne va pas cependant sans provoquer des troubles fonctionnels dus à la section du sphincter. Cette section amène l'incontinence, totale les premiers temps, partielle ensuite et qui finit souvent par disparaître à la longue ; mais il y a des exceptions et les malheureux opérés délivrés de leur fistule, se plaignent amèrement de la fâcheuse infirmité à laquelle ils sont soumis. Il est permis de se demander avec TILLAUX, si pour une simple fistule gênante, mais supportable en somme, il faut exposer le malade à tous ces ennuis.

La question ne se pose plus quand les matières, les gaz pénétrant dans le trajet, des poussées inflammatoires fréquentes forcent à intervenir.

On peut cependant arriver à guérir les fistules ischio-rectales sans sectionner le sphincter. Ce qui s'oppose à la guérison d'une fistule, avons-nous dit plus haut, c'est la réinoculation incessante de ses parois, réinoculation qu'expliquent le voisinage de l'anus et les irrégularités du trajet. Pour obtenir la guérison, il faut ouvrir largement le trajet et diriger la cicatrisation des parties profondes vers les parties superficielles.

C'est ce que conseille de faire QUÉNU ; une longue incision antéro-postérieure ouvre largement la fosse ischio-rectale, les

parois de la fistule sont curettées, cautérisées, excisées même. On panse à la gaze iodoformée. La réparation se fait très vite et en trois ou quatre semaines la guérison s'obtient.

Dans quelques cas l'excision est possible ; c'est alors une opération séduisante, car elle permet d'enlever tout le trajet, de réunir complètement en réparant le sphincter et si elle est effectuée dans de bonnes conditions, d'amener une prompte guérison.

Les *fistules pelvi-rectales supérieures* qui viennent s'ouvrir à l'extérieur par la fosse ischio-rectale seront traitées de la même façon, si la fistule ne s'ouvre pas d'autre part dans le rectum. Il faut avoir soin cependant de débrider l'étranglement que subit le trajet pendant la traversée du releveur de manière à réunir en une seule les deux cavités situées de chaque côté du muscle et à pouvoir drainer largement.

Si la fistule est complète, l'orifice haut situé de la perforation rectale fait craindre que l'incision n'intéresse la séreuse péritonéale. Aussi dans ces cas exceptionnels sera-t-il plus prudent, faute de mieux, de recourir à l'ancienne pratique de GERDY et de RICHET, d'inciser largement les parties inférieures et d'appliquer ensuite l'entérotome sur le décollement rectal. L'instrument tombe de lui-même vers le huitième ou neuvième jour et la guérison s'obtient lentement.

Nous n'étudierons pas ici le traitement des fistules recto-urinaires ou recto-génitales ; elles trouveront mieux leur place ailleurs avec les affections de l'appareil génital de la femme ou avec celles des organes urinaires.

Quant aux fistules d'origine osseuse, seul le traitement de leur cause permet de les guérir. Le grattage d'un point sacré dénudé, la résection du coccyx atteint d'ostéite tariront rapidement les suppurations périanales dont ces lésions étaient le point de départ. Sans qu'il soit nécessaire d'inciser les trajets fistuleux et de les mettre à découvert, on voit la guérison se faire spontanément. Il est préférable cependant, pour hâter cette guérison, de gratter ou de détruire au thermocautère les fongosités qui tapissent certains trajets.