

J. SMITH a vu un abcès prérectal qui déterminait une dysurie intense et formait une tumeur à la paroi abdominale; la ponction rectale donna issue à un flot de pus et la grosse tumeur antérieure disparut. Ces collections à évolution lente pourraient s'ouvrir du côté de l'aîne ou au périnée après avoir usé le fascia pelvien.

La cellulite diffuse de BOUILLY, beaucoup plus grave, résulte d'une infiltration septique du tissu sous-péritonéal, se propageant au petit bassin, au méso-rectum, à la fosse iliaque, et même capable d'atteindre l'atmosphère du rein. Parmi ses causes, citons toutes les opérations qui se pratiquent sur les parties élevées du rectum, qu'il s'agisse de grandes fistules, d'extirpations de tumeurs ou de ruptures d'un rétrécissement. C'est habituellement dans les premiers jours qui suivent l'intervention que les symptômes de la cellulite apparaissent; ils débutent par de la fièvre (39° à 40°) et de la dyspnée; puis surviennent des vomissements bilieux répétés, des douleurs vives. État adynamique très prononcé, facies altéré, plombé; aspect grisâtre de la plaie d'où s'écoule une sanie purulente, fétide, mélangée à des gaz, sensibilité des parties inférieures de l'abdomen, anorexie complète, langue sèche et fuligineuse, intelligence le plus souvent conservée, tels sont les principaux caractères de cette grave affection. Tous ces symptômes vont en s'aggravant et aboutissent à la terminaison fatale qui arrive en moins d'une semaine soit par septicémie suraiguë, soit par péritonite.

Le traitement de cette redoutable complication doit être exclusivement prophylactique; en premier lieu il faut se méfier des inflammations chroniques du rectum et n'opérer qu'avec prudence; la moindre rupture suffit pour détruire les adhérences qui s'opposent à la pénétration des matières fécales ou autres. En outre l'emploi rigoureux des méthodes antiseptiques contribuera assurément à diminuer la fréquence de la cellulite.

### CHAPITRE III

#### ULCÉRATIONS ET FISTULES ANO-RECTALES

##### § 1<sup>er</sup>. — Ulcérations de l'anus et du rectum

**Bibliographie.** — PÉAN et MALASSEZ, *Traité sur les ulc. anales*, Paris, 1871. — MARTINEAU, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1874. — MOLLIÈRE, *Mal. du rectum et de l'anus*, p. 660, 1877. — GOSSELIN, *Clin. de la Charité*, 1879, t. III, p. 684. — GOSSELIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1880. — KESLEY, *Amer. Journ. of Med. Sciences*, avril 1881, p. 415. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1882, t. X, p. 82. — HAHN, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIX, 1883, p. 395. — Thèses de Paris. — 1878, SPILMANN (Agrég.). — 1880, PRIMET.

Il est peu d'affections de l'anus et du rectum qui, à une période plus ou moins avancée de leur évolution, ne s'accompagnent d'ulcérations. Aussi serait-il de la plus grande importance de savoir les distinguer les unes des autres et surtout de reconnaître leur gravité relative. A cet égard on pourrait avantageusement diviser les ulcérations en trois groupes : 1° les ulcères simples, d'origine herpétique, traumatique, inflammatoire, hémorroïdaire; 2° les ulcères spécifiques liés à la syphilis, à la tuberculose; 3° les ulcérations néoplasiques. Dans le premier groupe on a encore établi une subdivision d'une assez grande importance clinique selon que l'affection s'accompagne ou non de névralgie sphinctérienne. Nous exposerons aux paragraphes *Cancer* et *Rétrécissement* les détails complémentaires.

##### A. — ULCÈRES SIMPLES NON DOULOUREUX

Les irritations multiples qui existent souvent dans la région anale par suite des sécrétions, des frottements et du passage d'un bol fécal trop dur expliquent la fréquence relative des gerçures, des ulcères peu étendus vulgairement désignés sous le nom de *rhagades*. MOLLIÈRE parle de petites ulcérations herpétiques confluentes, rouges, à bords nets, surtout communes au niveau du pli interfessier, assez douloureuses et consécutives à la déchirure de vésicules. L'eczéma donne plus rarement naissance à de véritables ulcérations.

Toutes les lésions inflammatoires du rectum, phlegmons, abcès, rectites diverses, engendrent quelquefois des ulcérations; il en est de même des corps étrangers, de la diarrhée et de la dysenterie chronique. ALLINGHAM localise l'ulcère simple du rectum à la partie postérieure de cet organe, environ à 3 ou 4 centimètres. Le fond de cet ulcère offre un aspect rouge ou sanieux et les efforts de la défécation le font saigner facilement; d'ailleurs, sans être très douloureuse, cette lésion entretient le ténesme rectal et sécrète un liquide glaireux qui est expulsé avec les selles ou qui suinte par l'anus; en raison de sa persistance cette variété présente toujours une certaine gravité parce que les fonctions digestives périclitent.

Le traitement est évidemment lié à la cause première; il faut d'abord enlever les corps étrangers, soigner les hémorroïdes internes avant de traiter par des topiques appropriés et les cautérisations l'ulcération elle-même. Des soins de propreté, des lotions astringentes, quelques légères cautérisations au nitrate d'argent feront disparaître les ulcérations superficielles simples. KESLEY recommande pour les ulcérations rectales, l'application locale de bismuth, d'iodoforme ou d'une solution de nitrate d'argent.

##### B. — ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

Cette affection a été l'objet de monographies importantes de la part de PÉAN et MALASSEZ, SPILMANN, PRIMET. Les ulcérations tuberculeuses de l'anus semblent rares; sans doute une observation attentive permettra de constater plus souvent leur existence; elles apparaissent fréquemment chez



les hommes adultes. Assez fréquemment les porteurs de ces ulcérations avaient d'autres manifestations de la tuberculose, et il y a quelques raisons de penser que les ulcères tuberculeux ano-rectaux résultent d'un ensemencement par les matières intestinales.

Le développement de l'affection semble assez insidieux; à peine si dans les premières phases le malade accuse une sensation pénible au moment des selles; aussi ne vient-il trouver le médecin qu'à une période avancée. Il est plus rare de voir la petite plaie présenter les symptômes de la fissure anale.

A l'anus l'ulcère tuberculeux affecte une forme arrondie; sa surface varie en étendue entre une pièce de 1 franc et une pièce de 5 francs; s'il existe plusieurs pertes de substance, elles se réunissent et la plaie devient alors plus irrégulière. Le fond, gris rosé ou rouge, entouré d'un limbe blanchâtre induré, tranchant sur les parties voisines n'est jamais profondément déprimé; on a pu y reconnaître des granulations tuberculeuses assez peu abondantes; une atonie complète caractérise cette maladie. En même temps on trouve presque constamment d'autres ulcérations rectales. D'ailleurs les descriptions varient beaucoup; certains auteurs n'ont observé ni induration, ni points blancs jaunâtres; une malade de TRÉLAT portait une ulcération qui « reposait sur une tuméfaction bien nette, quoique peu épaisse et d'une consistance moindre que celle qu'on observe dans le cas d'épithélioma »; l'ulcération végétante rappelait l'aspect du cancroïde.

Essentiellement chronique, la tuberculose ano-rectale a une évolution progressive sans tendance spontanée à la réparation; cependant sous l'influence d'un traitement convenable, la cicatrisation devient possible.

Les caractères de ces ulcérations sont encore trop mal établis pour que l'on puisse facilement poser un diagnostic. La forme de l'ulcère, l'existence d'un limbe bleuâtre, d'un semis de points jaunes ont permis à quelques auteurs, entre autres à MARTIN et FÉREOL, d'affirmer la nature de l'affection; dans un fait publié par DUPLAY, les granulations jaunâtres faisaient défaut et ce chirurgien se crut en présence d'un épithélioma. La coïncidence des lésions pulmonaires, l'absence de l'adénopathie iliaque permettront à l'occasion de distinguer les deux affections.

Le pronostic des ulcères tuberculeux est toujours sérieux, mais il est subordonné à la coexistence d'autres manifestations et en particulier de lésions pulmonaires. PRIMET conclut de ses recherches que « la tuberculose anale n'intervient que pour une bien faible part dans la production de la cachexie ».

On s'adressera au traitement général sur lequel nous ne reviendrons pas et au traitement local; pour calmer les douleurs on a eu recours aux suppositoires à l'iodoforme, à la solution de nitrate d'argent, à la bouillie de bismuth (GOSSELIN). DUPLAY ayant par erreur pratiqué l'extirpation, son malade guérit, bien qu'il existât déjà des symptômes pulmonaires.

#### C. — ULCÉRATIONS VÉNÉRIENNES

1° *Chancre mou de l'anus.* — Les chancres simples de l'anus ne sont pas très communs; tantôt ils s'y développent primitivement à la suite d'un coït

anormal, plus fréquemment ce sont des chancres secondaires réinoculés, particulièrement chez la femme. Les uns siègent dans la rainure interfessière; d'autres, en raison de leur position, sont appelés margellaires; enfin certaines ulcérations vénériennes de la muqueuse portent le nom de chancres rectaux. Nous ne reviendrons pas sur les caractères propres à ces ulcérations; dans nombre de cas les chancres interfessiers sont symétriques. Le chancre margellaire se cache assez souvent au fond des plis rayonnés, affecte le type fissuraire, provoque de la douleur; les bords sont taillés à pic, le fond blanc grisâtre suppure, la base n'est pas indurée. Cette ulcération sans gravité s'accompagne d'adénopathie et guérit fort lentement en se transformant parfois en fissure. Quant au chancre mou rectal, dont l'existence est incontestable, il s'observe bien moins communément que les précédents et acquiert quelquefois des dimensions considérables.

2° *Ulcères syphilitiques.* — A l'anus, le chancre induré paraît moins fréquent que l'autre, et d'après MAURIAC il existerait un chancre de l'anus chez l'homme pour dix dans le sexe féminin. Lorsque l'ulcération occupe la périphérie de l'anus, elle se présente sous la forme d'un chancre érosif porté sur une base saillante indurée. Au niveau des plis l'ulcération affecte la forme d'une rhagade allongée, rouge sombre, indolente, reposant sur une base dure; l'adénopathie iliaque ne fait pas défaut. L'absence de douleur, l'hyper-trophie du tégument à leur niveau devront éveiller l'attention. L'existence du chancre rectal a été mise hors de doute par RICORD, et de nos jours GOSSELIN lui a fait jouer un rôle important dans la production des rétrécissements spécifiques du rectum.

3° *Syphilides secondaires et tertiaires.* — Les manifestations secondaires de la syphilis se traduisent dans la région anale par une éruption érythémateuse ou papuleuse; les érosions se rencontrent plus rarement. Dans certains cas les papules acquièrent une étendue plus grande et font saillie sous la forme de condylomes aplatis ou de papillomes mûriformes. Parfois confluentes, en forme de choux-fleurs et communiquant à la région un aspect spécial, ces syphilides se font remarquer par la douleur qu'elles provoquent. On a observé que le développement de ces manifestations cessait dans les points où les téguments n'étaient plus en contact.

Les syphilides anales offrent un type plus franchement érosif et, de même que les chancres, prennent la forme fissuraire; il faut écarter les plis rayonnés pour les apercevoir. D'ailleurs cette affection détermine la névralgie sphinctérienne comme la fissure ordinaire.

Ces plaques muqueuses n'ont pas une grande gravité par elles-mêmes, et ne tendent pas à se propager du côté du rectum ou à détruire les tissus. En cela elles diffèrent des manifestations ano-rectales de la vérole sur lesquelles nous insisterons en parlant des rétrécissements.

Au traitement général classique, il faut ajouter les soins de propreté, l'introduction d'une mèche enduite de pommade iodoformée (vaseline et iodoforme), belladonnée, au calomel, à l'oxyde de zinc. Au besoin quelques cautérisations au nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure feront disparaître ces accidents.



## § 2. — Fistules ano-rectales

**Bibliographie.** — LEMONNIER, *Traité de la fistule*, Paris, 1689. — RIBES, *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, 1826, t. IX. — MAGGISON, *Ann. de la chir. franç. et étrang.*, t. XV, p. 255, 1845. — HERPIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1847. — J. PAGET, *Leçons de clin. chir.* — ALQUIÉ, *Gaz. méd. de Paris*, 1852, et *Arch. gén. de méd.*, 7<sup>e</sup> série, t. II, p. 330. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1853. — SYME, *The Lancet*, 1855, t. 1<sup>er</sup>, p. 56. — SALMON et MAUNOURY, *Gaz. méd. de Paris*, 1859. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1861. — TRÉLAT, *Ibid.*, p. 109. — AZAM, *Soc. de méd. de Bordeaux*, 1867. — NICAISE, *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 134. — BERGERON, in *France méd.*, 1875. — COURTY, *Bull. gén. de thér.*, 1875. — AMUSSAT, *Rev. de thér. méd. clin.*, 1876. — DUPLAY, *Conf. de clin. chir.*, 1877. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1877, et *Clin. chir. de la Charité*. — RUBIA, *El Siglo Med.*, 1880. — REEVES, *Brit. Med. J.*, 1881, p. 917. — TERRIBLON, *J. des conn. prat.*, Paris 1881. — LARDIER, *Rev. méd. de l'Est*, Nancy 1881. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *J. de méd. et de clin. prat.*, 1882. — QUEIREL, *Bull. soc. de chir.*, 1882.

Thèses de Paris. — 1803, BAFFOS, FIORY. — 1813, LEFÈVRE. — 1828, BAIZEAU. — 1853, CARREAU. — 1854, BOUGOUIN. — 1868, MASSON. — 1870, CHOPARD. — 1873, POZZI. — 1874, SCHMITT, DENUGÉ, POURIEUX. — 1875, THOMAS. — 1878, GUERLIN, ANDRÉ. — 1880, FARCY. — 1881, HUGARD. — 1882, POINGT, DURAN-BORDA. — 1882-1883, PICOT, PRUNIERAS.

Thèse de Montpellier. — 1876, ROUX. — 1877, DUFUR, GUIBAL.

Consultez les *Traites spéciaux*.

**Divisions.** — Les fistules à l'anus présentent des variétés multiples classées différemment suivant le point de vue auquel on se place. Bornons-nous à rap-

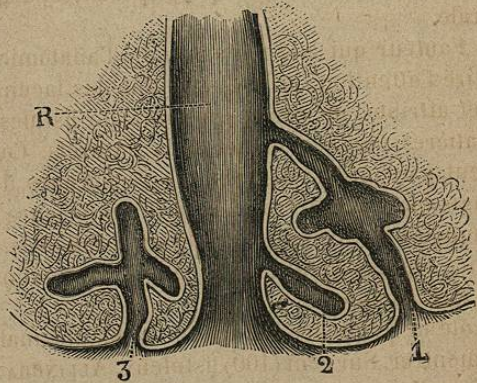


Fig. 57. — Fistules développées autour de l'anus (fig. schématique).  
1, fistule complète, — 2, fistule borgne interne, — 3, fistule borgne externe, — R, rectum.

porter la division classique en *fistules complètes* constituées par un trajet plus ou moins rectiligne ou sinueux qui s'ouvre dans le rectum et au voisinage de l'anus; *fistules borgnes externes*, sortes de culs-de-sac ouverts à la peau; *fistules borgnes internes* dont l'orifice se trouve sur la muqueuse. Un coup d'œil jeté sur la figure 57 donne une idée de ces trois espèces.

Nous adopterons la division des fistules d'après leur siège et leur origine, suivant qu'elles occupent l'espace pelvi-rectal inférieur (*fistules pelvi-rectales inférieures*) ou supérieur (*fistules pelvi-rectales supérieures*); enfin les fistules *ostéopathiques* qui ont leur point de départ dans le squelette méritent une mention spéciale.

1<sup>o</sup> FISTULES PELVI-RECTALES INFÉRIEURES

Connue depuis la plus haute antiquité, la fistule à l'anus a servi de thème à une multitude d'écrits; la plupart concernent le traitement, et malgré les travaux modernes beaucoup plus précis il s'en faut que l'anatomie pathologique de cette maladie soit encore suffisamment élucidée.

**Étiologie et mécanisme.** — Les hommes y sont plus exposés que les femmes; d'autre part l'affection semble assez commune à l'âge adulte. Si l'étiologie de la fistule n'offre pas de difficultés dans un grand nombre de cas, il n'en est pas constamment ainsi; on conçoit aisément qu'un abcès sous-tégumentaire ou sous-musculaire, un phlegmon ischio-rectal donnent naissance à une fistule borgne externe ou à une fistule complète, lorsque la paroi intestinale a été perforée, mais il y a toute une classe de fistules qui ont une évolution insidieuse. L'attention des malades n'est éveillée que par un suintement malpropre, persistant, par quelques douleurs au moment de la défécation; l'abcès n'a pas présenté une marche ordinaire; par suite il devient impossible de rapporter la fistule aux causes vulgaires des phlegmons péri-rectaux. Aussi a-t-on cherché des explications différentes. Les uns ont fait intervenir des conditions anatomiques comme causes prédisposantes, d'autres une altération de la santé générale.

Déjà RIBES, l'auteur qui a le mieux étudié l'anatomie pathologique des fistules, avait attiré l'attention sur la disposition des lacunes sus-sphinctériennes de Morgagni et attribué un certain nombre de fistules borgnes internes au séjour des matières dans ces petits nids naturels. Cette idée a été reprise plus récemment par CHIARI; d'après les recherches de cet auteur, une fois sur quatre-vingts on rencontrerait à la partie inférieure du rectum des diverticules de la muqueuse à travers les couches musculaires. Ce serait, suivant lui, une circonstance éminemment favorable à la production des fistules borgnes internes, plus tard complètes.

D'un autre côté la fréquence relative de la fistule anale chez les tuberculeux n'est plus à démontrer. Sur cent (100) fistuleux, ALLINGHAM trouve quatorze (14) tuberculeux. Faut-il considérer la fistule des phtisiques comme un foyer tuberculeux développé dans la muqueuse rectale ou à son voisinage? C'est là un point encore obscur; les Allemands considèrent l'affection comme de nature tuberculeuse, et certainement les ulcérations tuberculeuses du rectum sont assez communes chez les phtisiques. Pour expliquer la marche lente, l'atonie de ces fistules, les auteurs font intervenir l'épuisement et l'état cachectique des sujets.

Le mécanisme de production des fistules, facile à comprendre, peut être rapporté à trois types principaux : 1<sup>o</sup> la perforation rectale se fait primitive-



ment, le passage des matières fécales dans l'espace pelvi-rectal inférieur amenant l'abcès, puis plus tard la fistule complète; 2° un abcès péri-anal primitif s'ouvre à la fois dans le rectum et à l'extérieur; 3° un foyer hémorroïdaire isolé, ulcéré, devient le point de départ d'abcès et de fistules qui se forment par le même mécanisme que précédemment.

Il paraît moins aisé de comprendre pour quel motif les abcès restent fistuleux et ne guérissent pas spontanément; on a accusé la mobilité de la paroi rectale décollée, les contractions de l'organe, la difficulté de combler le vide créé par la fonte du tissu adipeux du creux ischio-rectal; ces diverses raisons n'ont pas une grande valeur; le passage des gaz ou des matières ne pourrait expliquer que la persistance des fistules borgnes internes ou complètes. Aussi est-on réduit à des conjectures sauf pour les fistules liées aux tubercules, aux néoplasmes et aux rétrécissements.

**Anatomie pathologique.** — Nous décrirons successivement les orifices et le trajet. L'orifice cutané situé au pourtour de l'anus, parfois dans les plis rayonnés, occupe l'extrémité d'un petit bourgeon saillant ou le fond d'une dépression en cul-de-poule; généralement assez étroit, il offre une largeur plus grande dans les fistules tuberculeuses et complètes; les bords sont alors irréguliers et bleuâtres. La variété dite en pomme d'arrosoir, caractérisée par l'existence d'orifices multiples, se rencontre exceptionnellement dans la pratique.

Rien n'est plus variable que le trajet des fistules; tantôt l'orifice externe conduit directement ou obliquement dans une cavité irrégulière péri-rectale; le plus souvent le trajet sinueux présente des embranchements, des diverticules, des galeries analogues à celles d'un terrier de lapin, les unes sont sous-cutanées, les autres sous-musculaires. Vient-on à ouvrir un foyer chronique, on le trouve gris bleuâtre ou recouvert de bourgeons peu développés. Tout autour du canal, le tissu cellulaire est absolument fibreux, induré, lardacé. Un point intéressant de l'histoire de ces fistules est la présence d'un revêtement épithélial qui se continue assez loin dans le trajet. Pozzi l'a déjà signalé et nous l'avons également observé. Quant au tissu fibreux extérieur, il répond à ce que les anciens désignaient sous le nom de *callosités*.

Les fistules sous-musculaires présentent maintes fois une disposition spéciale qu'on appelle le double décollement; outre le trajet fistuleux, il y a encore un décollement plus ou moins étendu le long de la muqueuse, aussi bien en haut qu'en bas.

L'orifice interne est assez mal connu; son existence serait même, suivant quelques auteurs, plus rare qu'on ne le suppose; cependant, depuis les recherches de RIBES, on sait qu'il est dans la majorité des cas situé à une très petite distance au-dessus du sphincter interne; de plus ALLINGHAM a montré que l'orifice interne siègeait parfois en un point qui n'est pas symétrique avec l'externe; ainsi une fistule peut s'ouvrir inférieurement en arrière de l'anus et dans le rectum à la partie antérieure (*fistules en fer à cheval*). L'ouverture offre de nombreuses variétés analogues à celles de l'orifice externe. Un point qu'il est important de retenir, c'est que ce pertuis n'indique nullement la limite supérieure du décollement.

**Symptômes.** — La fistule anale, surtout quand elle est peu développée,

constitue une infirmité compatible avec les occupations ordinaires; ses symptômes ne sont donc pas très aigus. Les fistuleux éprouvent un prurit incommodé provoqué par le frottement des vêtements et l'érythème que le pus détermine au pourtour de l'anus; une humidité persistante entretient cette inflammation. Certaines fistules suintent beaucoup, et le pus mélangé aux matières stercorales souille les vêtements; elles livrent passage, lorsqu'elles sont complètes, aux gaz intestinaux. Au moment de la défécation apparaît une douleur assez vive jointe à un sentiment de plénitude qui s'étend à toute la région périnéale et persiste plus ou moins longtemps. Les malades ne vont à la garde-robe qu'à la dernière extrémité et la constipation est fréquente chez eux. Un phénomène qui mérite d'attirer l'attention consiste dans la présence du pus à la surface des selles; il indique évidemment la communication du foyer avec l'ampoule rectale. Dans quelques cas ce sera le seul symptôme capable de mettre sur la trace d'une fistule borgne interne. Ces dernières, en effet, dont l'existence est presque contestable, ne trahissent leur présence par aucun autre symptôme objectif appréciable et peuvent très facilement être confondues avec des hémorroïdes.

Les fistules ont une très faible tendance à guérir spontanément: seules les fistules borgnes externes pourraient se cicatrifier sans intervention, les autres persistent pendant des mois et des années sans autre changement que quelques poussées inflammatoires dues à une rétention du pus ou à la formation de nouveaux clapiers.

**Diagnostic.** — La question du diagnostic des fistules comporte la solution de plusieurs problèmes; il y a intérêt à reconnaître la variété, le siège, la nature de l'affection. Lorsque l'on trouve à une certaine distance de l'anus un orifice fistuleux par où suinte du pus et s'échappent des gaz, l'exploration seule de la région suffit pour affirmer l'existence d'une fistule; l'absence d'écoulement d'urine et de l'odeur spéciale aux suppurations urétrales, le siège de l'orifice dans le triangle périnéal postérieur écartent l'idée d'une fistule urinaire. Les antécédents, une exploration attentive permettront de reconnaître une fistule symptomatique des néoplasmes ou des rétrécissements.

La présence d'un orifice externe indique seulement qu'il s'agit d'une fistule borgne externe ou complète; afin de confirmer le diagnostic, le chirurgien s'assurera par le toucher rectal et le cathétérisme de la fistule au moyen d'une sonde cannelée, de l'existence d'un orifice interne. Parfois un petit orifice sus-sphinctérien, une induration servent de guide; d'ailleurs mieux vaut s'abstenir de prolonger des manœuvres infructueuses, d'autant plus qu'une injection d'eau colorée pourra remplacer avantageusement ces sondages.

On a conseillé d'injecter une solution iodée faible et d'introduire dans le rectum une mèche enduite d'empois d'amidon; la coloration bleue de la mèche témoigne de la perforation intestinale. Étant donné qu'une fistule est complète ou borgne externe, le chirurgien devra rechercher les clapiers ou les diverticules.

Bien autres sont les difficultés lorsqu'il s'agit de fistules borgnes internes; quelques douleurs pendant la défécation, une sensibilité exagérée à la pression, une induration interne et externe sont des symptômes qui n'ont rien de



caractéristique; la sensation d'un tubercule saillant dans le rectum acquiert déjà plus de valeur; on aura grande probabilité si l'on constate des traces de pus sur le doigt ou à la surface des fèces. En pareil cas l'exploration au spéculum, l'introduction de sondes courbes fourniront des renseignements plus précis.

**Pronostic.** — Si la fistule anale n'a pas par elle-même une grande gravité, elle est toujours l'indice d'un état général défectueux et constitue une infirmité malpropre, gênante, longue à guérir. D'un autre côté, le nombre des fistules tuberculeuses paraissant assez grand, cette maladie acquiert encore plus d'importance; néanmoins elle est toujours curable, même chez les phthisiques. Comme tous les foyers cavitaires, elle expose à l'érysipèle et à l'infection purulente.

**Traitement.** 1°. *Indications.* — L'affection que nous étudions n'étant que très rarement susceptible de guérir spontanément, il devient nécessaire d'intervenir; telle est l'opinion de la grande majorité des chirurgiens. D'ailleurs on n'a jamais hésité à cet égard, sauf pour les fistules anales qui compliquent la phthisie pulmonaire.

A une période où la tuberculose était mal connue, on accusait l'intervention chirurgicale d'activer la marche de la phthisie, de supprimer un émonctoire pour les humeurs peccantes et d'être inutile puisque la réparation de la plaie ne se fait pas (VELPEAU, VIDAL); d'autres, considérant que toute perte de sang augmente l'épuisement, préfèrent s'abstenir. Les préceptes généraux exposés à propos des tuberculoses locales sont applicables au traitement de la fistule anale tuberculeuse; il y a tout avantage à guérir un foyer local, douloureux, qui peut devenir le point de départ de manifestations secondaires ou de tuberculose aiguë; la suppression du foyer fait disparaître une cause d'épuisement. Enfin il est des procédés tels que la ligature, la section au thermo-cautère, qui permettent d'opérer sans perdre de sang; une exception sera faite pour les tuberculeux très avancés.

En terminant ce qui est relatif aux indications, ajoutons que le traitement général a une influence notable sur la marche des opérations.

**Traitement local.** — Citons pour mémoire les pommades et les onguents, les injections d'eaux minérales, condamnées depuis leur impuissance à guérir la fistule d'un des rois de France. On serait presque tenté d'y ajouter la cautérisation des trajets avec la flèche de chlorure de zinc si ce procédé n'avait été préconisé de nos jours par LEGOUËST, GAUJOT. Nous l'avons vu réussir maintes fois entre les mains de ce dernier chirurgien, et l'on ne comprend pas bien les attaques dont ce traitement a été l'objet; érigé en méthode générale, il est assurément inférieur aux autres, c'est la meilleure raison qui nous engage à le réserver pour quelques cas où il existe des callosités très prononcées.

Les injections irritantes ont été pratiquées avec la teinture d'iode (BOINET), le nitrate d'argent, la teinture de ratanhia, le perchlorure de fer. Malgré les avantages exagérés que quelques auteurs attribuent à ce procédé, il est aujourd'hui reconnu que ce traitement long, incertain, ne peut entrer en ligne de compte avec l'incision ou la ligature.

L'incision du pont qui sépare les deux orifices dans les fistules complètes

est la méthode la plus employée; cependant elle perd un peu de son crédit depuis l'emploi de la ligature élastique. Voici succinctement en quoi consiste le manuel opératoire. La région anale préalablement rasée, le malade purgé, le rectum vidé, le chirurgien enfonce une sonde cannelée dans la fistule; le bec de la sonde vient buter contre la pulpe de l'index droit introduit dans le rectum; dans un second temps on incline le pavillon de la sonde et on retire le doigt de manière à faire sortir la pointe de l'instrument par l'anus; tout le pont de parties molles tendu sur la sonde cannelée est incisé avec un bistouri. Si la hauteur de l'orifice interne ne permet pas de ramener la sonde par l'anus, l'opération s'exécute un peu différemment: un gorgeret de bois étant conduit dans le rectum, le chirurgien fait pénétrer le bec de la sonde cannelée qui a traversé la fistule dans la cannelure du gorgeret confié à un aide; le chirurgien tenant la sonde de la main gauche, incise sur la sonde cannelée

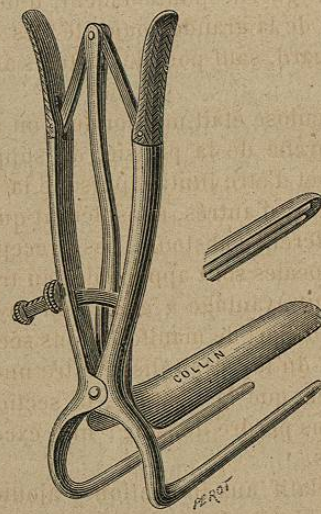


Fig. 58. — Spéculum dilateur de NICAISE.

toute l'épaisseur des parties. Il est recommandé, pour s'assurer que la section est complète, de retirer ensemble, sans les séparer, la sonde et le gorgeret. NICAISE a rendu l'incision plus simple et mieux réglée en substituant au gorgeret classique un spéculum dilateur à trois branches (fig. 58). Le bec de la sonde cannelée introduite comme précédemment vient buter contre la valve du spéculum ouvert et de cette façon le chirurgien incise la paroi rectale à ciel ouvert et sans courir aucun risque.

Après l'incision du trajet, il sera facile de suivre les fistules secondaires, de les débrider et au besoin d'exciser les points calleux pour simplifier le foyer. Ce procédé doit être légèrement modifié lorsque la fistule est incomplète, borgne externe ou interne; dans les deux cas le chirurgien commence par compléter le trajet en perforant le rectum avec la sonde cannelée s'il s'agit d'une fistule borgne externe, en incisant la peau sur la pointe de la sonde