

compresses froides (GIRALDÈS) avant le taxis. A cet effet le patient est placé dans le décubitus dorsal ou genu-cubital (ASHTON). Si ces divers moyens échouaient il serait indiqué, après anesthésie, de débrider le sphincter; mais en règle générale, on ne doit employer ce moyen que dans les cas d'absolue nécessité parce que cette opération n'est pas complètement inoffensive (abcès du foie).

Les sangsues, les scarifications, l'électrisation sont des moyens infidèles et parfois dangereux.

Contention. — La réduction étant obtenue, il faut s'opposer à une nouvelle procidence, c'est-à-dire maintenir la réduction. Après avoir mis le malade au lit, il sera bon de lui appliquer un bandage légèrement compressif; on aura également recours aux astringents (alun, tannin, ratanhia, sels de fer, soit en injections, soit en suppositoires). Les bains froids, les bains de siège, les bains de mer conviennent alors; la glace, bien qu'elle agisse efficacement, provoque de la douleur, expose à la mortification. Les préparations de strychnine jouissent d'une assez grande faveur. SCHWARTZE emploie la noix vomique à l'intérieur; DUCHAUSSOY préconise la méthode endermique au moyen d'un vésicatoire; DOLBEAU et FOUCHER l'injection hypodermique de deux ou trois gouttes d'une solution de sulfate de strychnine au millième. VIDAL a remplacé la strychnine par l'ergotine; les résultats obtenus par ces traitements sont bons, mais temporaires; l'ergotine agirait en rendant leur tonicité aux sphincters et aux muscles du périnée (quinze à vingt gouttes de la solution d'ergotine Bonjean au sixième).

Enfin depuis longtemps les chirurgiens ont cherché à réaliser un système de bandage propre à contenir le rectum après sa réduction. BOYER avait imaginé des pelotes molles soutenues par des bretelles auxquelles on a substitué des coussins à air ou en caoutchouc, des pelotes en gomme ou en ivoire. D'autres praticiens, dans le but de provoquer les contractions du sphincter et de maintenir en même temps la réduction, ont eu l'idée d'introduire dans le rectum des vessies, des pessaires que l'on insuffle. Une simple mèche de charpie réussit aussi bien. Mentionnons seulement pour mémoire la galvano-puncture (DEMARQUAY) et l'électro-puncture (GOSSELIN), procédés douloureux, lents et incertains.

Traitement curatif. 1° *Destruction de la tumeur.* — *Excision.* — Ce moyen radical consiste à retrancher toute la partie procidente; RICORD l'a conseillé en 1833. De même que le sphacèle de la tumeur dont elle n'est qu'une imitation, l'excision expose aux hémorragies, aux abcès, à la pyohémie. MALGAIGNE limitait l'excision aux replis muqueux dans le but de produire un rétrécissement. HEY et GIRALDÈS enlevaient un pli circulaire péri-anal après réduction.

La *cautérisation* au fer rouge, vieille méthode; prédispose aux rétrécissements. Lorsque la chute est persistante, la ligature en masse pour en amener la mortification a été tentée. Bien qu'on ait perfectionné ce procédé par l'emploi des ligatures caustiques, des pincettes porte-caustique, de l'entérotome et surtout de l'écraseur linéaire, il n'en reste pas moins passible de reproches sérieux; il est toujours grave de réduire un intestin à demi-gangrené; d'autre

part l'ouverture du cul-de-sac péritonéal dont l'existence ne peut être exactement déterminée met la vie du malade en danger.

2° *Procédés qui ont pour but d'établir des adhérences entre la muqueuse et la musculuse.* — Jadis, pour réaliser cette indication dans le traitement du prolapsus de la muqueuse, on avait recours à la cautérisation au fer rouge et l'on pratiquait avec un cautère cutellaire des raies longitudinales; le thermo-cautère sera avantageusement substitué à ces moyens anciens. VAN BUREN préconise les cautérisations ponctuées dans le même but; ALLINGHAM s'est servi du clamp pour saisir les replis de la muqueuse et les cautériser ensuite. Au cautère actuel, effrayant pour les personnes pusillanimes, nombre de chirurgiens préfèrent les caustiques chimiques, surtout chez les enfants. L'acide nitrique a été employé de diverses façons. ARCHIN fait des cautérisations linéaires; DELENS touche la muqueuse avec un pinceau puis pratique le tamponnement et prescrit les opiacés afin d'empêcher le contact des matières. L'acide nitrique fumant peut être remplacé par le nitrate acide de mercure; il faut prendre garde de cautériser le sphincter anal et huiler l'intestin avant de le réduire.

3° *Production d'un rétrécissement du sphincter anal.* — Pour obvier au défaut de tonicité du sphincter et par suite empêcher l'issue facile de l'intestin, divers procédés ont été imaginés. Autrefois on enfonçait un cautère en roseau dans l'anus de manière à déterminer une escarre circulaire peu profonde. GUERSANT préfère appliquer quatre boutons de feu en croix autour de l'orifice. DUPUYTREN excisait quelques-uns des plis rayonnés dans toute leur hauteur jusqu'à la muqueuse. Ce procédé ainsi que celui de ROBERT, qui consiste à exciser la partie postérieure du sphincter anal, comptent un certain nombre de succès; mais ils ne sont pas inoffensifs et plus d'une fois des hémorragies, des érysipèles et des phlegmons en ont été la conséquence.

CHAPITRE VII

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

- Bibliographie.** — BÉRARD et MASLIEURAT-LAGÉMAR, *Gaz. méd. de Paris*, 1829, p. 145. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1854. — MURON, *Gaz. méd.* 1873. — FOURNIER, *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris, 1875, et *France méd.*, 1874. — VERNEUIL, *Journ. des conn. méd. et chir.*, 1859. — FOLLIN, *Gaz. des Hôp.*, 1859, p. 55. — DESPRÈS, *Arch. gén. de méd.*, 1868. — GUÉRIN, VERNEUIL, LE FORT, etc. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, *Discussion.* — DE SANTI, *Revue méd. de Toulouse*, 1878. — TRÉLAT, *Progrès méd.*, 1878. — REYNIER, *Gaz. heb.*, 1878. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1878. — HAHN, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIX, 1883, p. 395. Thèses de Paris. — 1834, COSTALLAT. — 1835, TANCHOU. — 1855, PERREL. — 1868, DORNIER (Strasbourg). — 1869, LE GLOHAEC. — 1872, SIROT. — 1873, GODEBERT, PINGUET. — 1877, GARSAX, FÉVRIER. — 1882, MONNOT.

Divisions. — Les rétrécissements du rectum sont dus à des causes multiples, aussi est-il nécessaire d'établir parmi eux quelques divisions. On a admis des rétrécissements *extrinsèques* et *intrinsèques*, *congénitaux* et *acquis*, *cicatriciels*, *néoplasiques*, etc. Le cancer du rectum ayant été l'objet d'une étude spéciale, nous aurons surtout en vue ici les rétrécissements cicatriciels et organiques.

Étiologie. — L'existence des rétrécissements congénitaux a été affirmée par nombre d'auteurs; DUBREUIL, MASLIEURAT-LAGÉMAR, BOUISSON, REYNIER, BÖCKEL en font mention. Il y en aurait deux variétés : les uns, siégeant à une hauteur assez grande, seraient dus à des transformations des replis muqueux du rectum; les autres, situés à 0^m,02 ou 0^m,03 de l'anus, résulteraient d'un arrêt de développement et de la persistance partielle de la cloison qui sépare l'anus du rectum pendant la vie embryonnaire.

Chez l'adulte, les rétrécissements sont plus communs dans le sexe féminin; sur vingt cas CURLING en compte neuf après l'accouchement. Parmi les causes occasionnelles il faut placer en première ligne les lésions traumatiques, les pertes de substance de l'organe, accidentelles ou chirurgicales. LOWE a vu cette affection survenir à la suite de l'administration d'un lavement d'eau bouillante et de térébenthine. LANNELONGUE pense que le prolapsus prédispose ultérieurement aux coarctions.

Viennent ensuite les affections inflammatoires et les abcès; une mention toute spéciale doit être réservée dans ce groupe à la dysenterie aiguë ou chronique. La gangrène du rectum, telle qu'on la voit survenir dans le prolapsus invaginé, a les mêmes conséquences par un procédé différent. Assurément les ulcérations diathésiques et surtout les manifestations syphilitiques tardives occupent le premier rang. La nature spécifique des rétrécissements n'a pas toujours été admise sans conteste et l'on trouverait encore des chirurgiens qui, devant l'impuissance fréquente du traitement anti-syphilitique, hésiteraient à réunir les deux affections. D'ailleurs c'est depuis quelques années seulement que nos connaissances sur ce point sont devenues plus précises. Avant la théorie du syphilome anal de FOURNIER, généralement acceptée aujourd'hui, diverses opinions avaient été émises. GOSSELIN attribuait le rétrécissement à une lésion de voisinage au-dessus d'un chancre anal, et DESPRÈS à un chancre phagédénique ou à une plaque muqueuse rectale. TRÉLAT et DELENS voient dans cette hyperplasie sous-muqueuse une sorte d'accidents quaternaires de la vérole. Cette infiltration succédant à une plaque muqueuse ou à une gomme amènerait insensiblement la transformation fibroïde. Dans la théorie de FOURNIER, appuyée sur les recherches histologiques de MALASSEZ, le rétrécissement syphilitique serait dû à une infiltration des parois ano-rectales par une néoplasie indéterminée qui tend à se rétracter et à rétrécir le rectum.

Anatomie pathologique. — La plupart des rétrécissements occupent les parties inférieures du rectum et ne dépassent pas une hauteur de 0^m,06; certains rétrécissements congénitaux signalés par E. BÖCKEL siègent souvent plus haut. D'ordinaire l'affection est unique, à moins qu'il ne s'agisse de cicatrices consécutives à la dysenterie, susceptibles d'intéresser plusieurs points de

l'organe. Ces coarctions dysentériques présenteraient des caractères spéciaux, ainsi qu'il résulte des recherches de GARSAUX, élève de TILLAUX. La sténose partielle, produite par une bride sous-muqueuse, occuperait la région postérieure, à 0^m,03 environ au-dessus de l'anus. Les autres rétrécissements affectent des formes très variées; ici ce sont de véritables anneaux épais de 0^m,02 à 0^m,03 de hauteur, là des cylindres qui mesurent 0^m,08 à 0^m,10. Quelques-uns sont coniques; de même on a signalé la disposition valvulaire, en croissant, et l'opercule peut être percé de trous à la façon d'une écumoire. La sténose varie nécessairement avec le degré de la maladie; peu à peu le rectum finit par avoir le calibre d'une plume et même serait susceptible de s'obturer (rectum de Talma conservé au musée Dupuytren).

Dès qu'il s'agit de décrire les lésions multiples dont les tuniques rectales sont le siège, il devient nécessaire d'établir une distinction suivant que l'on est en présence de rétrécissements cicatriciels ou autres. Dans le premier cas, la muqueuse offre des lésions plus prononcées, mais leur importance résulte de ce que les tuniques sous-jacentes sont plus ou moins intéressées en même temps; de là les brides sous-muqueuses signalées par TILLAUX. En général, il n'est guère possible de faire des recherches précises à la période où le rétrécissement amène la mort, parce qu'à ce moment toutes les tuniques sont confondues. On ne trouve plus alors, quelle que soit la nature du rétrécissement, qu'une série de lésions étudiées sous trois chefs selon qu'elles siègent au niveau du rétrécissement, au-dessus ou au-dessous de lui. Sur la coupe, le point rétréci est constitué par un tissu dense, gris bleuâtre, scléreux, criant sous le scalpel, mesurant de 0^m,02 à 0^m,04 ou 0^m,05 d'épaisseur. Au niveau de la surface viennent s'ouvrir les orifices d'un ou de plusieurs trajets fistuleux qui conduisent dans des petites cavités abcédées, dans les poches péri-rectales ou encore au périnée. Par une analyse micrographique attentive, MALASSEZ a pu constater la présence, au niveau du rétrécissement, d'un tissu analogue aux bourgeons charnus, c'est-à-dire composé en majeure partie de cellules embryonnaires. Entre les fibres musculaires il a trouvé des petits abcès clos ou déjà ouverts à la muqueuse. Par suite des progrès du néoplasme, des communications anormales avec des cavités ou des organes voisins sont susceptibles de se produire. Ainsi se forment des abcès qui remontent parfois jusqu'à la fosse iliaque, des fistules recto-vaginales, recto-vésicales, bien étudiées par FÉVRIER.

La partie supérieure du rectum offre à considérer des lésions mécaniques et des ulcérations. C'est tout d'abord une dilatation sacciforme engendrée par l'accumulation des matières fécales au-dessus du rétrécissement; la muqueuse est le siège d'érosions multiples, d'ulcérations facilement saignantes et suppurantes, taillées à pic, qui exceptionnellement remontent jusqu'à une hauteur de 0^m,10 à 0^m,15; la tunique musculuse s'hypertrophie. Dans les premières périodes du syphilome ano-rectal, la muqueuse, d'après FOURNIER, ne serait pas ulcérée, mais plus tard, comme МААН l'a maintes fois constaté, les ulcérations surviennent toujours.

Les parties inférieures de l'organe sont loin d'être saines; tantôt il existe un boursoufflement de la muqueuse, tantôt des cicatrices signalées par MALASSEZ;

les hémorroïdes externes et internes ne sont pas rares; chez les femmes il y a souvent des condylomes au pourtour de l'anus, mais on y trouve également des ulcérations et des fistules. Ces fistules sont assez larges, sèches, multiples et inférieures au point rétréci; elles ont sans doute pour origine les petits abcès dont MALASSEZ a constaté la présence dans l'épaisseur du rétrécissement.

Symptômes. — Les différents accidents se succèdent dans l'ordre suivant: 1° rétention des matières; 2° modifications des matières; 3° suppuration rectale; 4° fistules.

Le début des rétrécissements est toujours insidieux, surtout lorsqu'il s'agit de rétrécissements syphilitiques; les soupçons sont éveillés par la constipation ou par la diarrhée; comme le recommande DE SANTI, il faut faire grande attention aux troubles de la défécation après l'accouchement chez une femme syphilitique. Lorsque l'affection est plus avancée, on observe tous les accidents qui accompagnent la rétention fécale. Les selles deviennent rares, la constipation opiniâtre, le ventre se ballonne; d'abord il y a des débâcles toutes les semaines, puis elles ne reviennent qu'à un intervalle plus éloigné. Néanmoins le malade est en proie au ténesme, à des épreintes douloureuses; les souffrances ne restent pas localisées au petit bassin, elle s'irradient dans les reins et les membres. MONNOT a noté dans un cas des troubles de la miction. Les matières rendues présentent quelques caractères particuliers; elles ont la forme de rubans effilés ou aplatis, comme passés à la filière; de plus elles sont souillées par du pus ou la sanie ichoreuse, glaireuse, qui s'accumule au-dessus du rétrécissement avant chaque débâcle; parfois on constate également la présence de stries de sang peu abondantes. HULKE, MONNOT signalent la coïncidence du prolapsus rectal complet à la suite des efforts désespérés et infructueux que font les malades pour aller à la garde-robe.

De semblables accidents retentissent insensiblement sur les fonctions digestives et sur l'état général. A l'épuisement produit par la suppuration s'ajoutent la perte de l'appétit, les éructations, les vomissements; instruits par les accès qui précèdent les débâcles, les malades se condamnent à une abstinence presque complète qui contribue puissamment à l'émaciation et à la cachexie. « A cet état général si précaire, il faut ajouter, dit DE SANTI, le trouble profond des facultés morales du malade; abattu par les souffrances, incapable d'autre pensée que celle de ses maux, il oublie ses affections, ses travaux, ses plaisirs, il ne songe qu'à une chose, débarrasser son intestin; c'est là l'idée qui le tourmente. Objet de dégoût pour lui-même comme pour les autres, il s'isole peu à peu de la société; son caractère devient sombre et irritable, le découragement et le désespoir s'emparent de son esprit et des pensées de suicide se présentent souvent à lui. Si la maladie traîne en longueur, l'intelligence se dégrade et le patient achève misérablement ses jours dans un état voisin de l'imbécillité. » L'affection, à marche essentiellement lente et chronique, peut durer plusieurs années, en moyenne de cinq à sept ans.

Cependant elle expose à un certain nombre de complications que nous allons énumérer. Ce sont d'abord les abcès et les fistules stercorales qui se produisent ici comme autour des rétrécissements de l'urètre et vont s'ouvrir au

périnée; ils établissent une sorte de cloaque indirect par où passent le pus et la bouillie stercorale; ces fistules quelquefois multiples s'ouvrent aussi dans les cavités voisines et font communiquer le rectum avec la vessie, l'urètre, le vagin, l'utérus. Outre ces fistules supérieures, il en existe d'autres situées au-dessous du rétrécissement et dont nous avons déjà parlé: elles ne livrent passage ni aux matières stercorales, ni aux gaz. Mentionnons en outre les péritonites par propagation ou perforation, la cellulite pelvienne, la phlébite et la tuberculose pulmonaire, la septicémie chronique et la diarrhée colliquative.

Diagnostic. — Ici encore le précepte de l'exploration digitale s'impose; il ne suffit pas de constater la présence d'une fistule, d'hémorroïdes, de condylomes, on doit s'assurer que la région ampullaire n'est pas le siège d'une sténose; le doigt permettra seul de reconnaître la bride, la coarction, d'apprécier l'étendue du rétrécissement; mais il faut se rappeler que ces manœuvres doivent être très prudentes, car sans cela elles exposent à la rupture de l'intestin et à l'ouverture du péritoine. LANNELONGUE a vu la mort succéder à une exploration digitale, et chez un malade de LE DENTU l'introduction d'une sonde en gomme amena la déchirure de l'intestin. D'ailleurs on s'aidera de l'exploration vaginale chez la femme, de l'emploi du spéculum chez l'homme.

Reste à distinguer la nature cicatricielle, cancéreuse ou syphilitique, des rétrécissements. Les antécédents, le siège de la cicatrice, la présence d'une bride, de plicatures rayonnées, appartiennent plus spécialement au rétrécissement traumatique. L'existence antérieure d'une dysenterie, le siège assez élevé de la sténose feront reconnaître le rétrécissement dysentérique. RICHER a aussi décrit un rétrécissement inflammatoire caractérisé par l'induration des tuniques; mais cette forme problématique occuperait l'S iliaque.

Le rétrécissement cancéreux à ses premières périodes peut être confondu avec le syphilome; l'âge de l'apparition, les douleurs, la tendance hémorragique, les bosselures saignantes férides différencieront les deux affections. Néanmoins la confusion est possible et ce qui le prouve, c'est qu'un chirurgien de la valeur de RIZZOLI (1878) a enlevé un syphilome pour un cancer.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères propres au syphilome, la lenteur de son évolution, les écoulements purulents, la marche progressive; on fera attention aux condylomes de l'anus, aux troubles de la défécation qui surviennent après l'accouchement.

Pronostic. — Tout rétrécissement offre par lui-même de la gravité; celle-ci varie nécessairement suivant la hauteur où il siège, son étendue, l'absence ou la présence de complications. Le rétrécissement syphilitique est toujours redoutable parce qu'il a une marche progressive; de plus la thérapeutique n'est pas inoffensive.

Traitement. — 1° *Traitement médical.* — Le traitement interne ne saurait exercer une action efficace que sur le syphilome ano-rectal; or l'expérience démontre que dans la majorité des cas il échoue; le simple raisonnement le faisait prévoir, il ne faut pas en effet demander au traitement iodo-mercurique de détruire des tissus organisés. C'est seulement durant les premières périodes de la maladie, alors que la néoplasie est à l'état embryonnaire, que l'on peut obtenir la guérison des rétrécissements syphilitiques. Des faits probants

réunis par DE SANTI confirment l'opinion de TRÉLAT, d'après laquelle le syphilome ano-rectal est dans une certaine mesure justiciable du traitement spécifique. Quelle que soit la nature du rétrécissement le chirurgien doit toujours soutenir les forces du malade.

Traitement palliatif. — Au début, on aura recours aux lavements, aux bains, aux purgatifs légers; la douche ascendante diminue quelquefois les souffrances. Quant aux opiacés, aux injections hypodermiques nécessaires pour soulager les malades à la dernière période, le chirurgien les emploiera avec prudence pour éviter de favoriser la constipation.

2° *Traitement curatif.* — Il comprend la dilatation, la cautérisation, la rectotomie, la colotomie; les deux premières ne sont utiles que dans la phase initiale.

La dilatation ne saurait avoir d'efficacité qu'à la première période; elle est continue, temporaire ou intermittente; on l'exécute au moyen de mèches belladonnées, de mandrins pleins ou creux, en gomme, en caoutchouc, en ivoire ramolli, les uns coniques, les autres cylindriques ou à boule (BUSHE).

Les instruments seront préalablement graissés avec la pommade iodiformique qui exerce une action sédative puissante sur les parois rectales; les sondes pourront être laissées à demeure au commencement, mais plus tard, selon les conseils de GROSS, d'ALLINGHAM, les séances devront être faites à deux jours d'intervalle durant cinq minutes, et cela pendant des années. Ces moyens permettront d'enrayer la marche du rétrécissement et d'établir une sorte de *modus vivendi*; malheureusement ils supposent que le rectum reste tolérant, ce qui n'est pas toujours vrai.

Dans le but de faire la dilatation progressive on s'est adressé à l'éponge préparée, à la laminaire, aux dilateurs à air, à eau, et aux dilateurs mécaniques; cette méthode rend quelquefois des services; il faut proscrire la dilatation mécanique ou forcée qui fait courir de trop grands risques à la vie des malades.

La cautérisation avec les caustiques, employée par HOME, SANSON, AMUSSAT, ne trouverait plus de défenseurs aujourd'hui; elle est inefficace, dangereuse; le fer rouge n'offre guère plus d'avantages. LE FORT a essayé l'électrolyse préconisée par ALTHAUS et aurait obtenu une amélioration; le pôle négatif doit être appliqué dans le rectum.

Rectotomie. — Cette méthode qui consiste à fendre le rétrécissement pour créer un passage aux matières a été imaginée au commencement de ce siècle. DESAULT, BOYER, DUPUYTREN, AMUSSAT sectionnaient déjà les brides des rétrécissements valvulaires; les chirurgiens anglais suivaient la même pratique. Elle comprend trois procédés: 1° la rectotomie interne; 2° la rectotomie externe; 3° la rectotomie linéaire.

Rectotomie interne. — Ce n'est autre chose que la section de la bride d'une valvule avec le bistouri boutonné ou des rectotomes cachés (instruments de RICHET, TILLAUX). L'incision profonde étant dangereuse même en arrière, on a eu l'idée de faire des incisions multiples. Après la section il faut encore dilater le rectum pour empêcher la reproduction de la sténose. Si ce procédé respecte le sphincter, il expose aux hémorragies et à tous les inconvénients des plaies

rectales. BEAM (1878) fit la rectotomie antéro-postérieure au bistouri et il recommande cette conduite chez la femme quand le rétrécissement ne remonte pas à plus de quatre pouces.

Rectotomie externe. — Cette opération consiste à sectionner le sphincter en arrière en même temps que le rétrécissement et le rectum; imaginée par STAFFORD (1838), mise en pratique par NÉLATON (1865), elle a été préconisée par PANAS; FOCHIER procède par sections successives de la superficie à la profondeur, afin de mieux se rendre compte des parties à diviser. La rectotomie externe ouvre une large voie, cependant elle n'est indiquée que pour les rétrécissements peu élevés.

Rectotomie linéaire. — VERNEUIL a eu l'idée de couper le rétrécissement et les parties molles sous-jacentes au moyen de la chaîne de l'écraseur en profitant d'une fistule. S'il n'y a pas de fistule on en crée une à l'aide d'un trocart que l'on introduit à deux centimètres en avant de la pointe du coccyx et qui vient plonger dans le rectum au-dessus du rétrécissement. Absence d'hémorragie et partant de phlébite, tel est l'avantage de ce procédé qui n'en est plus à compter ses succès. ALLINGHAM s'est bien trouvé de l'emploi de la ligature élastique. On combinera utilement le thermo-cautère et l'écraseur. En somme la rectotomie externe et la rectotomie linéaire postérieure ne diffèrent pas sensiblement l'une de l'autre si ce n'est par le manuel opératoire. Leurs dangers et leurs avantages sont les mêmes, surtout si l'on substitue dans l'opération de PANAS le thermo-cautère au bistouri. Tous ces procédés exposent à peu près également à la récurrence.

Colotomie. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur de cette opération dans le traitement des rétrécissements. D'abord elle ne fut considérée que comme une opération d'urgence dans les cas d'étranglement; depuis quelques années il semble qu'un mouvement d'opinion se soit établi en faveur de la colotomie pratiquée non plus *in extremis*, mais à toutes les périodes de cette maladie. LAWSON (*The Lancet*, 1879, p. 512) conseille de faire d'abord la colotomie, puis d'exciser le rétrécissement et plus tard de fermer l'anus artificiel. HULKE (1879) perdit un malade en opérant ainsi; d'un autre côté HAHN (1883) se déclare partisan de ce mode de traitement auquel ont eu recours ALLINGHAM, BRYANT, MASON, MAUNDER, HEATH. Les résultats de HAHN ne paraissent pas très encourageants.

Traitement des fistules. — Nous avons vu que les rétrécissements s'accompagnaient de fistules multiples; or leur traitement est évidemment subordonné à celui de la coarction; dans le procédé de VERNEUIL on les sectionne en même temps que la sténose. Si les fistules créent des communications anormales avec les cavités voisines, il faudra, si c'est possible, après la cure du rétrécissement, pratiquer les opérations autoplastiques réparatrices.