

a adhérence avec les tissus sous-jacents, il fait la section des brides en travers dans divers points de leur longueur. On peut même, pour plus de sûreté, faire l'excision de quelques portions de ces brides. On réunit ensuite par première intention, et on fixe les doigts dans l'extension, comme dans la méthode de Dupuytren.

La méthode de M. Goyrand a des avantages incontestables; elle expose moins que l'incision transversale simultanée de la peau et des brides sous-cutanées aux inflammations sous-aponévrotiques de la main, aux inflammations des gaines des tendons, aux exfoliations de ces gaines et des tendons fléchisseurs, que l'incision transversale, qui devra nécessairement suppurer; parce qu'elle permettra bien plutôt d'imprimer aux doigts des mouvements nécessaires pour conserver à leurs articulations leur mobilité et leur souplesse; parce que, enfin, les incisions longitudinales ne laisseront après elles que des cicatrices linéaires, tandis que celles qui résulteraient des incisions transversales seraient larges et adhérentes.

On a conseillé aussi l'extirpation des brides, au lieu de se borner à les inciser. J'ai essayé cette méthode, et je n'ai pas trouvé qu'elle ait produit de résultats plus avantageux que la simple section; aussi je ne crois pas qu'on doive la généraliser. On pourrait cependant y avoir recours, s'il y avait des nodosités et des espèces de tumeurs en même temps que la bride au-dessous de la peau.

Lorsque l'opération a réussi à amener l'extension complète des doigts, il ne faut pas croire, quel que soit le procédé mis en usage pour arriver à ce résultat, que le malade soit à l'abri de la récurrence; il faut pour l'éviter, lui recommander certaines précautions: il aura recours à des extensions souvent répétées, au massage des parties, à des onctions huileuses, à des bains mucilagineux, et surtout il évitera de se livrer à des travaux durs qui pourraient ramener l'induration des parties.

ARTICLE XIII.

FISTULE A L'ANUS (1).

Nous avons en ce moment dans les salles plusieurs individus atteints de fistules à l'anus. Je profiterai de cette circonstance pour appeler votre attention sur cette maladie, et principalement sur la méthode opératoire dont j'ai fait surtout usage dans ces derniers temps pour guérir les malades: je veux parler de l'excision. Je ne vous entretiendrai que des fistules à l'anus causées par l'altération de la portion inférieure du rectum; car vous savez qu'il y en a qui dépendent soit de l'altération des os, soit de quelque lésion profonde de l'intérieur du bassin ou de l'abdomen ou des organes génito-urinaires.

Les fistules à l'anus qui dépendent d'une lésion de la partie inférieure du rectum ont été divisées par les auteurs en trois espèces: 1^o les fistules complètes; 2^o les fistules borgnes externes; 3^o les fistules borgnes internes.

On n'a jamais contesté l'existence des fistules complètes comme on l'a fait pour les deux autres espèces. C'est ainsi que Foubert, Sabatier et M. Larrey n'admettent point les fistules borgnes externes, et prétendent que si on ne trouve pas l'ouverture interne qui fait communiquer le rectum avec l'intérieur, c'est qu'on n'a pas recherché cette ouverture avec assez d'attention, mais qu'elle existe toujours. On peut objecter à ces auteurs qu'un moyen de la trouver toujours, c'est de faire comme beaucoup d'ex-

(1) Leçons de juin et août 1840.

plorateurs, c'est-à-dire de la créer de toutes pièces avec la sonde ou le stylet qui perfore le rectum aminci.

On a démontré depuis long-temps que les abcès fétides des environs de l'anus ne prouvaient pas, comme le pensent les auteurs dont je combats l'opinion, qu'il y eût perforation du rectum. L'odeur prononcée de matières fécales, la couleur brunâtre de ces abcès quand on les ouvre, et qui ont contribué à maintenir et à propager cette idée, ne prouvent point en sa faveur. Il suffit qu'une collection de liquides reste pendant un certain laps de temps au fond de la cavité ischio-rectale, et à plus forte raison entre l'intestin et l'aponévrose, pour que l'odeur des fèces s'y transmette et puisse acquérir une assez grande intensité. C'est tout simplement un effet de transsudation ou d'imbibition. Je ne conçois pas comment, puisqu'on admet les fistules sous-cutanées de l'aîne, de l'aisselle, des parois abdominales, du cou et des membres eux-mêmes, pourquoi on ne les admettrait pas au pourtour de l'anus où la fonte et le retrait du tissu cellulaire peuvent laisser un si grande vide, où la tension et la solidité des aponévroses, où l'action des sphincters et du releveur de l'anus, où la distension et l'affaissement alternatifs de l'intestin s'opposent avec tant de force au recollement des parties dénudées. M. Roux donne à ces ulcères le nom d'ulcères fistuleux pour remplacer celui de fistule borgne externe. Cela importe fort peu, car il n'en est pas moins certain que ces fistules se comportent comme les fistules complètes, et que le traitement qu'on doit leur opposer est absolument le même, ou presque le même. Pour ma part, je regarde ces maladies comme très fréquentes après les abcès autour du fondement; et elles sont d'autant plus à redouter, que le rectum a été plus aminci, que la fonte du tissu cellulaire extérieur a été considérable et prolongée, que le sujet est de mauvaise constitution, ou affecté d'une de ces lésions organiques graves qui modifient profondément l'organisme.

Beaucoup d'auteurs ont rejeté également les fistules borgnes internes. On conçoit qu'il est difficile d'admettre que, l'intestin ayant été perforé, il en résulte seulement un abcès, lequel se vide incessamment dans le rectum par cette ouverture; je pense néanmoins que cette disposition peut avoir lieu, et elle a souvent lieu en effet; j'en ai observé un grand nombre d'exemples. Les fistules borgnes internes ne sont souvent, il est vrai, qu'un ulcère caverneux dont le pus est versé dans le rectum par suite de la pression des parties voisines; mais cet ulcère peut persister des mois entiers sans pénétrer jusqu'à la peau, et établir ainsi une fistule complète. Aujourd'hui même (3 août), il sort de l'hôpital un individu qui était atteint à la marge de l'anus, depuis long-temps, d'une tumeur violacée, fluctuante, et se vidant par la pression dans le rectum du pus qu'elle contenait. Cette tumeur existait depuis très long-temps, et incommodait peu le malade; ce qui fixait surtout son attention, c'était une fissure très douloureuse: j'en fis l'excision, puis j'incisai la tumeur; je rendis ainsi la fistule complète par ce moyen, et j'opérai ensuite par les procédés ordinaires. La guérison ne s'est pas fait long-temps attendre.

Les fistules complètes sont souvent multiples, et il est assez commun d'en voir une de chaque côté de cet orifice. Dans certaines circonstances elles présentent plusieurs ouvertures au-dehors qui aboutissent à un seul conduit à orifice unique dans l'intérieur du rectum. Ce sont les fistules auxquelles on a donné le nom de fistules en arrosoir. L'orifice interne est quelquefois multiple à son tour; mais il est le plus souvent unique, surtout quand il n'y a qu'une ouverture externe. La direction du conduit fistuleux n'est pas toujours droite, souvent même elle est très sinieuse; c'est ainsi qu'on voit souvent une fistule située dans l'orifice externe et à droite de l'anus, et qui s'ouvre à gauche dans l'intérieur du rectum; une autre située en avant, et

dont l'ouverture intestinale est en arrière; après s'être étendu dans un sens, il peut lui arriver de prendre une autre marche, et de former divers coudes avant de se terminer à la peau. Si un seul clapier reçoit quelquefois ses diverses branches externes, il est encore moins rare, lorsque le même malade en porte plusieurs, de les voir converger toutes avec plus ou moins de régularité vers l'intestin perforé. A la place d'un trajet sinueux, il existe parfois entre ses deux orifices des cavernes plus ou moins larges, qui s'étendent tantôt du côté de l'ischion, tantôt au-dessus du coccyx et des muscles fessiers, vers le sacrum et dans le bassin; tantôt aussi, tout autour de la fin du rectum. L'intestin décollé semble alors comme suspendu au centre d'une vaste cavité purulente.

On a, dans ces derniers temps, dirigé des recherches sur le siège précis de l'orifice interne des fistules. Les anciens auteurs, Desault et ses élèves, Boyer et M. Roux, etc., avaient admis qu'on le trouve tantôt très près de l'anus, et tantôt à une grande hauteur dans le rectum. Mais des auteurs modernes, MM. Ribes et Larrey, entre autres, prétendent que cet orifice siège toujours ou presque toujours au-dessus du sphincter externe, et qu'au lieu d'être souvent très élevées, elles sont au contraire très souvent fort près de l'anus. Suivant ces deux chirurgiens, c'est Sabatier qui a le premier fait cette remarque, tandis que M. Pleindoux l'attribue à Brunel d'Avignon, qui a émis cette opinion dès l'année 1785. Ces idées à peu près nouvelles, ou reproduites comme nouvelles, ont prévalu dans l'esprit de quelques chirurgiens, qui admettent maintenant que l'orifice interne des fistules à l'anus est toujours très voisin de cet orifice; Richerand, par exemple, a adopté cette manière de voir; d'autres, au contraire, parmi lesquels on trouve Boyer, M. Roux, etc., etc., admettent toujours des fistules très élevées; mais les chirurgiens les regardent cependant comme plus rares que ne le préten-

daient les anciens, et Desault en particulier. Voulant approfondir ce point important de la science, j'ai dû faire de mon côté des recherches, et voici quel en a été le résultat. J'examinai en 1853 trente-cinq cas de fistules à l'anus, soit sur le cadavre, soit sur le vivant. J'en ai trouvé quatre sur lesquelles l'orifice interne était situé à un pouce et demi, deux pouces et deux pouces et demi de l'anus, et par conséquent un peu au-dessus du sphincter externe; une cinquième s'ouvrait même à plus de trois pouces, et il était même difficile d'atteindre avec le doigt l'orifice interne ou supérieur; il est vrai qu'elle ne s'ouvrait à cette hauteur dans le rectum, qu'après avoir parcouru un long trajet entre la membrane muqueuse et la membrane musculueuse de l'intestin. Les autres fistules que j'examinai s'ouvraient presque à l'entrée de l'anus, ou à cinq, six, dix, douze lignes de hauteur; il y en avait trois qui avaient même leur orifice en dehors de la surface villeuse de l'anus, et deux seulement se trouvaient un peu plus près du sphincter que des téguments. Depuis l'époque à laquelle j'ai fait cette première étude sur la hauteur de l'ouverture supérieure des fistules, j'ai rassemblé d'autres observations, et toujours elles ont été les mêmes; je pourrais les élever certainement à plus de cent aujourd'hui, et sous tous les rapports elles se trouvent dans les mêmes proportions. En résumé donc, messieurs, l'observation prouve qu'on doit établir que certaines fistules s'ouvrent sur la peau elle-même à l'entrée de l'anus; que les plus nombreuses ont leur orifice entre les deux sphincters, et qu'on en rencontre encore assez souvent à quelque distance au-dessus.

Il est d'ailleurs assez facile de s'expliquer comment beaucoup de chirurgiens n'ont pas cherché près de l'anus l'orifice supérieur des fistules. C'est parce que le décollement de la membrane muqueuse s'étend quelquefois très haut; le stylet explorateur introduit dans le trajet fistuleux pé-

nètre quelquefois sans le moindre effort entre la membrane musculieuse et la membrane muqueuse jusqu'à deux ou trois pouces de hauteur, et cependant la fistule s'ouvre dans le rectum à une très petite distance de l'anus. La membrane muqueuse du rectum étant peu adhérente à la membrane musculieuse, et dégarnie, dans le cas de fistule, d'une partie de son tissu cellulaire, se laisse très facilement décoller par le stylet qui glisse alors entre elle et la membrane musculieuse. En outre, le pus de la fistule et les mucosités intestinales arrêtées en bas par le sphincter externe refluent plus ou moins entre les tuniques des intestins et les séparent à une distance quelquefois très considérable au-dessus de l'orifice supérieur de la fistule.

Il est toujours assez facile de reconnaître une fistule à l'anus. Que cette fistule soit complète ou incomplète, si elle a un orifice externe, il y a un ulcère à la marge de l'anus; avant l'ulcération, il y a eu un abcès ou des hémorroïdes enflammées depuis un temps plus ou moins long. Beaucoup de malades ignorent l'origine et la nature de leur maladie, et la portent depuis fort long-temps en ne croyant être atteints que d'hémorroïdes fluentes externes ou internes. Un petit tubercule, ou saillie variable en volume, indique ordinairement l'orifice externe de la fistule. Dans certains cas, cet orifice est au contraire profondément caché au fond d'une espèce de lacune; en pressant autour, on en fait sortir une matière purulente roussâtre, sanguinolente, séreuse; cette matière qui s'écoule continuellement et sans pression, avec plus ou moins d'abondance, tache le linge du malade. L'écoulement de cette matière se rencontre dans le cas de fistule borgne externe, comme dans celui de fistule complète. Le pus dans l'une et l'autre maladie peut exhaler une odeur très marquée de matière fécale. J'ai déjà appelé votre attention sur la cause de cette odeur qui ne prouve pas la perforation du rectum. L'expulsion des gaz par l'orifice externe de la fistule n'est

pas non plus un signe caractéristique de la communication avec le rectum. En effet, l'air peut s'introduire dans le foyer d'un abcès à la marge de l'anus, lorsque le rectum est vide, et pendant les efforts pour expulser les matières fécales, la pression de dedans en dehors peut chasser l'air du foyer, en imposer pour des gaz venus du rectum, et cela d'autant mieux que ces gaz contractent une odeur semblable à celle de ceux qui sont contenus dans le rectum. Je vous en ai déjà dit les raisons.

Mais lorsque des matières fécales, des vers ou d'autres corps étrangers qui parcourent le canal intestinal, des parties de lavements, sortent par l'ulcération qui siège à la marge de l'anus, on peut avoir presque la certitude de l'existence d'une fistule. L'exploration à l'aide du stylet en donne la conviction. Pour cela, le malade est couché comme s'il devait recevoir un lavement; le chirurgien porte le doigt indicateur gauche dans l'anus pour tâcher de découvrir l'orifice interne. Il est reconnu assez facilement s'il est large. Un petit renflement en cul de poule l'indique assez souvent; d'autres fois c'est une douleur assez vive. Avec son stylet émoussé, fin et flexible, tenu dans la main droite, le chirurgien pénètre dans la fistule par l'orifice externe, et le pousse dans la direction du rectum et du vide qui existe au-devant de lui. Quand le doigt indicateur gauche est posé sur l'orifice interne, il n'est pas difficile de faire pénétrer le stylet jusque là. Dans le cas contraire, l'opérateur, agissant toujours sans efforts, laisse en quelque sorte l'instrument pénétrer de lui-même, lui fait parcourir toute l'étendue de la cavité morbide, en ramène la tête du côté de l'anus, entre les deux sphincters, si elle ne s'y est pas portée dès le principe, en suit les divers mouvements sur le contour de l'intestin avec le doigt resté dans l'anus, et ne le retire qu'après avoir inutilement parcouru les divers recoins, toutes les déviations, tous les sinus, tous les clapiers du foyer: on constate positivement

l'existence de l'orifice interne en y faisant pénétrer le stylet. Ne point l'y introduire ne prouve pas que la fistule ne soit pas complète; car il y a une foule d'obstacles qui peuvent s'opposer à la pénétration de l'instrument: tels sont une bride, des sinuosités, des replis valvulaires, de petits culs-de-sacs, etc., etc. Il arrive quelquefois, que le doigt indicateur gauche introduit dans le rectum nuit beaucoup plus qu'il ne sert, et il ne faut le retirer que pour l'introduire plus tard, et quand l'exploration avec le stylet est très avancée. Il faut éviter de mettre trop de force dans cette exploration; et quand on éprouve trop d'obstacles pour pénétrer un jour, on remet à un autre pour recommencer. On peut avoir recours d'abord à des injections d'eau tiède pour rendre les voies plus faciles. Comme elles reviennent souvent par l'anus après avoir traversé toute l'étendue du trajet fistuleux, on a conseillé de les faire avec de l'eau colorée, avec une substance innocente, telle que de la teinture de tournesol, de la décoction de safran, de l'encre ou du lait. On peut essayer aussi de dilater le conduit fistuleux avec de l'éponge préparée ou de la racine de gentiane, ou toute autre substance capable de se renfler par l'absorption des humidités environnantes. Lorsqu'après avoir épuisé tous ces moyens on ne peut parvenir à trouver d'orifice interne à la fistule, on est autorisé à dire qu'il y a seulement une fistule borgne externe.

Les fistules borgnes internes se reconnaissent aux signes suivants. A la suite de douleurs vives ou de symptômes d'abcès phlegmoneux profonds, il se fait un écoulement de pus par l'anus. Les matières stercorales se trouvent en sortant couvertes d'une plus ou moins grande quantité de pus, et dans l'intervalle des selles, l'écoulement du pus continue à se faire avec plus ou moins de force par l'anus et tache le linge du malade. Quelquefois l'ulcération du rectum précède l'abcès ou l'inflammation profonde de la marge de l'anus. Alors, les accidents se développent plus

lentement et n'augmentent que peu à peu et par degrés. Quand on introduit le doigt dans l'anus, on observe de ce côté les mêmes phénomènes que lorsqu'il s'agit d'une fistule complète. A l'extérieur, à la marge de l'anus, on distingue, tantôt une simple dureté douloureuse, une tache violacée, rougeâtre, avec ou sans amincissement de la peau. Si on presse ce point, on vide la tumeur du pus qu'elle contient, et on le voit s'échapper par l'anus après s'être amassé dans la cavité du rectum.

Vous distinguerez facilement, messieurs, les fistules urinaires, qui se manifestent aux environs de l'anus, de celles qui proviennent du rectum, en ce qu'il existe chez les premières un tubercule rosé ou blafard, déprimé en cul de poule, qui en masque presque constamment l'orifice, à une dureté ou espèce de corde fibreuse qui se prolonge du côté de la vessie ou de l'urètre. Le fluide qui sort par cette ouverture a des qualités physiques tout-à-fait différentes. Il a une odeur urineuse caractéristique, et ordinairement les fistules urinaires ne fournissent de matières qu'au moment où la vessie cherche à se vider. D'ailleurs le stylet explorateur ne put pénétrer dans le rectum.

La fistule à l'anus n'est pas par elle-même une maladie dangereuse. Les fistules borgnes externes et les fistules borgnes internes guérissent quelquefois seules; on a même vu des fistules complètes guérir spontanément; j'ai été témoin de plusieurs faits de cette nature, une première fois sur un ancien militaire devenu infirmier à l'hôpital de Tours; une autre fois, au commencement de l'année 1831, je constatai sur une femme et sans aucune difficulté, à l'aide d'un stylet, l'existence d'une fistule anale; deux mois après, cette malade, que j'avais envoyée à la campagne, revint sans avoir rien fait pour se débarrasser de sa fistule; celle-ci était parfaitement guérie, et cette guérison s'est maintenue. D'autres auteurs ont cité des exemples pareils; tel est, entre autres, M. Ribés, qui a donné dans

les Mémoires de la Société médicale d'émulation, deux observations fort intéressantes de guérison spontanée de fistules à l'anus. On voit des individus porteurs de fistules à l'anus, qui se sont refusés obstinément à toute opération, et qui ont fini à la longue par guérir complètement; d'ailleurs ne voit-on pas ces fistules se fermer pendant quinze jours, un mois, un an, et se rouvrir ensuite? pourquoi cette guérison temporaire ne deviendrait-elle pas quelquefois définitive? Il faut avouer cependant que les guérisons spontanées des fistules complètes à l'anus sont rares, que dans la plupart des cas elles ne font que s'aggraver, et enfin, qu'elles ne peuvent guérir que par les secours de l'art, et que ces secours consistent principalement dans des opérations.

Il y a des fistules à l'anus absolument incurables, et auxquelles il ne faut pas toucher, car les opérations qu'on tenterait pour en débarrasser les malades seraient inutiles. Si les trajets fistuleux, quel que soit leur nombre, n'ont pas dépassé les aponévroses périnéales par en-haut, et qu'ils ne soient entretenus que par un vice local, on peut les guérir. Mais si la fistule dure depuis de longues années, qu'elle soit accompagnée de vastes cavernes, de clapiers qui s'étendent au-delà du coccyx ou du sacrum; si les muscles fessiers sont dénudés; si le muscle releveur de l'anus a été dépassé et qu'il y ait un décollement de l'intestin dans une large étendue, que ce décollement aille au-delà de la portée du doigt, il y a peu d'espoir de guérir le malade; l'opération ne servira à rien ou à peu de chose. On doit, dans ces cas, s'en tenir aux moyens de propreté, n'employer enfin qu'un traitement palliatif. Tel est aussi le cas des phthisiques. Les fistules dont ils peuvent être atteints à l'anus ne se cicatrisent guère quand on les opère; les chairs restent molles, blafardes; la suppuration continue. Ce n'est donc pas parce que la guérison de la fistule aggrave la phthisie, comme le prétendent certains auteurs, qu'on ne doit pas les opérer, c'est parce qu'on ne les guérit pas ordinaire-

ment; je dis ordinairement, car cela arrive quelquefois. La fistule à l'anus, chez les phthisiques, loin d'être un exutoire salutaire, comme quelques personnes le pensent, peut donner lieu, chez eux, à des accidents, comme toutes les autres plaies qui suppurent. Ces accidents sont ceux de résorption. Il est possible même que, chez des individus non phthisiques d'abord, ces phénomènes de résorption deviennent causes de certaines phthisies pulmonaires.

Je ne vous parlerai pas, à l'occasion du traitement de la fistule à l'anus, de tous les moyens qui ont été proposés et employés contre cette maladie, mon intention étant de vous parler surtout des deux principaux que l'on met en usage presque exclusivement de nos jours, c'est-à-dire de l'incision et de l'excision. Je passerai donc sous silence les eaux, les onguents, les pommades, les baumes, que les anciens employaient dans le but de guérir la fistule à l'anus, et qu'on a employés même jusqu'à une époque assez rapprochée de nous. Je ne vous dirai rien non plus des caustiques usités dès la plus haute antiquité, puisque Hippocrate en parle déjà, et que la plupart des auteurs grecs et latins en font mention; ni de la ligature, conseillée et employée aussi depuis Hippocrate et jusqu'à Desault. Cette dernière méthode ne compte plus de partisans parmi les chirurgiens de nos jours, et cela avec raison.

Je dois cependant vous dire quelques mots d'une méthode assez ingénieuse à laquelle on a eu recours dans ces derniers temps dans le but de guérir la fistule à l'anus sans opération sanglante. Il s'agit de la *compression excentrique*. Cette compression a pour but de tarir la fistule en fermant son orifice interne. La première idée de cette méthode appartient, je crois, à M. Bermond de Bordeaux; MM. Colombe et Piedagnel l'ont également émise à peu près dans le même temps. M. Bermond de Bordeaux exerce cette compression à l'aide d'une double canule à chemise, qu'il introduit vide et fermée dans l'anus; de la charpie, de l'é-

toupe, de l'éponge ou du vieux linge glissés entre le tube métallique et la compresse, servent ensuite à distendre l'intestin au degré nécessaire, et pour bien former l'orifice interne de la fistule. On fixe ensuite cette canule à l'aide d'un bandage de corps. Pour que les malades puissent aller à la garde-robe, il suffit de retirer la canule interne, qui se termine en cul-de-sac par en haut, et de la remettre après. L'autre étant ouverte par les deux bouts, permet de donner des lavements, s'il est nécessaire de délayer les matières contenues dans l'intestin. On la laisse ainsi en place jusqu'à ce que la fistule soit entièrement cicatrisée.

M. Colombe, pour arriver aux mêmes résultats que M. Bermond de Bordeaux, introduit dans le rectum un cylindre creux en ébène ou en gomme élastique, retenu au dehors par des rubans. M. Piedagnel se borne à introduire une espèce de chemise qu'il bourre de charpie comme s'il avait à suspendre une hémorrhagie. Jusqu'à présent, l'expérience n'a pas sanctionné suffisamment cette méthode, et il faut de nouveaux faits pour décider de sa valeur. Je crois que le procédé de M. Bermond devrait être préféré à celui de M. Colombe, qui m'a paru avoir l'inconvénient de provoquer un accident assez grave, le renversement de la membrane interne du rectum, irrité par la présence d'un corps étranger fixé là d'une manière permanente.

Le meilleur moyen pour guérir la fistule à l'anus consiste dans l'emploi de l'instrument tranchant; c'est à l'incision ou à l'excision qu'il faut avoir recours.

L'incision est connue depuis bien long-temps, car elle était déjà pratiquée du temps d'Hippocrate et de Galien; on la pratiquait alors avec le seringatome. Léonidas avait déjà imaginé un moyen qui a été renouvelé plus tard par Félix de Bass, par Brunel, et adopté par M. Larrey, c'est-à-dire un bistouri terminé par un long stylet flexible, et bou-tonné. Celui-ci était introduit par l'orifice externe dans le

rectum, ramené au-dehors par l'anus, et on coupait ainsi d'un seul coup toutes les parties comprises entre les deux orifices fistuleux. Plus tard on introduisit une ligature au lieu d'un stylet, et, les parties étant tendues, on les incisait. Cela revenait au même, mais était plus compliqué. Dans la crainte de l'hémorrhagie, Guy de Chauliac incisait les parties avec un bistouri chauffé à blanc, et conduit sur une sonde cannelée.

Marchetis imagina le premier d'introduire dans l'anus un gorgeret, afin de recevoir l'extrémité de la sonde et la pointe de l'instrument tranchant. Ce gorgeret, d'abord en métal, fut plus tard fait en bois. C'est à Percy qu'est due cette modification, et c'est maintenant le seul gorgeret dont on se sert. Il porte le gorgeret dans le rectum, la sonde cannelée dans la fistule jusqu'à son orifice supérieur, et avec un bistouri droit, long et à forte pointe, destiné à glisser sur la sonde, on coupe toutes les parties comprises entre les deux instruments.

On a fait mille et une modifications plus ou moins inutiles à tous ces instruments; on en fait un arsenal immense. Sans nier quelques avantages que peuvent avoir ces divers instruments, il est possible du moins de soutenir qu'il n'y a réellement d'utile à conserver que le gorgeret de bois de Percy, la sonde cannelée, le bistouri droit et le bistouri de M. Larrey, qui n'est qu'une modification de celui de Léonidas, et qui n'est d'ailleurs qu'un bistouri ordinaire terminé par un long stylet mousse et flexible qu'on introduit par l'orifice externe de la fistule, qu'on ramène du rectum par l'anus, de telle sorte qu'on n'a pas besoin de conducteur pour diviser du même coup toutes les parties comprises dans le demi-cercle formé par l'instrument.

Pour pratiquer l'opération de la fistule à l'anus par la méthode de l'incision, on se comporte de la manière suivante: On a d'abord administré la veille un purgatif, si l'état des voies digestives l'a permis; le but de ce purgatif