

est de prévenir le besoin trop rapproché des garde-robes. Généralement, on prescrit encore un lavement quelques heures avant l'opération. Le malade se couche sur le côté droit quand la fistule est à droite, et sur le côté gauche quand la fistule est de ce côté. Lorsqu'elle est à gauche, en avant ou en arrière, il se place en double, la tête basse, le ventre appuyé sur un traversin, étend le membre qui est en dessous, et fléchit l'autre; un aide situé en face l'empêche de relever la jambe et surveille les bras; un autre maintient le bassin et les jambes pliées; un troisième placé derrière écarte les fesses et est chargé de soutenir le gorgere, si on se sert de cet instrument; un autre donne les instruments et est chargé d'absterger la plaie, d'étancher le sang, etc., etc.

L'appareil est composé, comme je vous l'ai dit, du petit nombre d'instruments conservés parmi tous ceux qui ont été imaginés pour cette opération; à ces instruments on joint des ciseaux droits et courbes, quelques aiguilles, des cautères, des fils à ligature, une mèche longue, un porte-mèche, des boulettes de charpie, des plumasseaux, des compresses languettes, des compresses carrées, et un bandage en T double. Le chirurgien commence par chercher les deux ouvertures de la fistule. Je ne vous parlerai pas de l'ouverture externe, qu'il est facile de trouver; mais il n'en est pas de même de l'ouverture interne. Ordinairement elle se présente au milieu d'une petite induration en cul de poule, que l'indicateur, introduit dans le rectum, distingue fort bien; ou sous la forme d'un ulcère assez large, et qu'il est plus facile encore de distinguer: de la douleur dans ce point à la pression par le doigt l'indique souvent. Je vous ai déjà dit qu'on la cherchait ordinairement trop loin; qu'elle était souvent tout près de l'anus, et quelquefois si près de la peau, qu'il fallait de l'attention pour ne pas s'y tromper; aussi n'est-ce qu'après avoir soigneusement examiné la partie tout-à-fait inférieure de l'in-

testin qu'on doit, si on ne l'a pas trouvée, voir si elle n'existe pas plus haut. D'ailleurs, il faut introduire un stylet dans l'orifice externe, et tâcher de le faire parvenir dans le rectum pour lever toute incertitude. On l'introduit de la main droite par l'orifice cutané, avec ménagement, dans le sens du trajet, et en lui faisant suivre sans efforts les diverses tortuosités. Le doigt indicateur gauche, placé pendant ce temps-là dans le rectum, sent facilement la tête du stylet se présenter dans l'ouverture interne. Quand il n'y a qu'une ouverture externe, le stylet pénètre ordinairement avec assez d'aisance; à moins que la fistule ne se contourne sous des angles trop prononcés dans le cours de sa marche. Lorsqu'il s'en rencontre plusieurs, ou qu'il existe de nombreux clapiers autour de l'anus, la chose devient plus embarrassante: alors on porte le stylet successivement dans chacune de ces ouvertures, et en tâchant de pénétrer dans l'intestin, comme je vous ai dit. Si on ne réussit pas, il ne faut pas croire pour cela qu'il n'y a pas d'ouverture interne, car trop de circonstances, et que je vous ai déjà indiquées, peuvent la dérober au chirurgien. Du lait injecté dans le rectum et retenu au-dessus de l'anus prouverait qu'elle existe s'il ressortait par la plaie du dehors. Il en serait de même si, étant injecté par une des ouvertures fistuleuses, il revenait par l'anus. Quelquefois le stylet ou la sonde cannelée ne se trouve séparé du doigt introduit dans le rectum que par l'épaisseur de la membrane muqueuse seulement, et malgré toute l'attention du chirurgien, il ne peut réussir à le faire pénétrer dans l'intestin. La membrane muqueuse est amincie, décollée dans une étendue plus ou moins considérable. Le chirurgien demeure incertain s'il n'y a simplement qu'une fistule borgne externe. Autrefois les chirurgiens ne croyaient pas devoir opérer dans un cas pareil, et il y en a encore beaucoup qui s'en abstiennent. M. Roux pense que, dans ce cas, l'orifice interne du trajet fistuleux qu'on doit in-

ciser est loin de mériter l'importance qu'on lui accorde, et que, dans le cas où il n'existe pas, on doit opérer tout de même, et que le décollement du rectum suffit pour justifier l'opération. Je suis de cet avis; et quoiqu'il ne faille négliger aucun moyen pour reconnaître l'orifice interne de la fistule, il n'en faut pas moins opérer quand on ne le trouve pas, si la maladie dure depuis quelques mois, et si l'intestin est décollé dans une assez grande étendue. Je dois dire toutefois que j'ai vu la maladie persister après l'opération faite d'après ce principe. M. Jacquier m'a dit aussi en 1839 l'avoir vue échouer. On perfore donc le rectum avec le stylet ou la sonde cannelée dans le point le plus élevé du décollement, et on rend ainsi la fistule complète. Quand on a trouvé cet orifice interne, on substitue au stylet la sonde cannelée en argent, qu'on introduit dans le rectum. Le doigt indicateur gauche, qui est resté dans l'intestin, accroche l'extrémité de la sonde; il l'abaisse, la courbe un peu et la fait sortir par l'anus, pendant qu'avec la main droite il continue de la pousser dans la direction du trajet fistuleux. Il résulte de cette manœuvre une bride solidement tendue sur cette sonde cannelée. Alors, avec un bistouri droit ou avec un bistouri légèrement courbe, comme celui de Pott, ou légèrement concave, comme celui de J.-L. Petit, on coupe toute cette bride, et l'opération est terminée. Quand la fistule s'élève plus haut, ou que le décollement s'étend très loin, on se sert d'une sonde cannelée en acier à bec un peu pointu. On l'introduit jusqu'à la partie supérieure du foyer. Un gorgeret est introduit dans le rectum et remplace le doigt indicateur gauche, la gouttière du gorgeret est présentée à la sonde; on la pousse sur lui et on perfore l'intestin. On fait frotter l'un contre l'autre, et on s'assure qu'ils sont bien en contact; alors le gorgeret est confié à un aide qui en saisit le manche, le fixe, et le renverse un peu en dehors; le chirurgien saisit de la main gauche la plaque de la sonde cannelée, et avec un bistouri droit et

à pointe forte, tenu de la main droite, il le pousse en incisant sur la cannelure conductrice jusqu'au gorgeret; il le retire en élevant le poignet, et sans lui permettre d'abandonner le point d'appui qu'on lui a donné. Pour s'assurer que toutes les parties molles ont été bien coupées, le chirurgien reporte le bistouri une première et une seconde fois sur la sonde, et il retire la sonde et le gorgeret ensemble sans les séparer, comme s'ils ne formaient tous les deux qu'un seul instrument. S'il reste un cul-de-sac par en haut, on incise avec des ciseaux conduits sur le doigt la portion d'intestin qui le constitue. Le tranchant du bistouri est ensuite retourné en dehors et appliqué sur le fond de la plaie, on l'incise ou on le scarifie modérément dans toute sa longueur, et on la prolonge en outre sur la peau de la fesse, dans l'étendue d'un demi-pouce.

Ce qu'on a fait pour un trajet fistuleux on le fait pour les autres; s'il en existe plusieurs, on les incise tous de manière à les réunir à la plaie du rectum. Le doigt indicateur gauche explore ensuite avec soin toute l'étendue de la plaie ou des diverses plaies que l'on a faites, et avec le bistouri, ou mieux avec un bistouri boutonné conduit sur ce doigt, on incise toutes les brides, toutes les valvules que l'on trouve au fond des clapiers. Enfin on régularise autant qu'il est possible tout le trajet et tout l'intérieur de la surface saignante.

Telle est la méthode de l'incision; elle peut être, comme celle de l'excision dont je vais vous parler tout-à-l'heure, la cause d'hémorrhagie plus ou moins abondante. Si l'artère qui donne ce sang est visible, on l'entoure d'un fil, ou bien on en fait la torsion. Si on ne l'aperçoit pas, on porte la pulpe du doigt au fond de la plaie pour en comprimer successivement tous les points. Dès qu'on arrive par hasard sur le vaisseau qui fournit le sang, il cesse souvent de couler; c'est là qu'il faut alors appliquer des boulettes de charpie, chargées ou non de poudre hémostatique.

La mèche et les autres pièces du pansement étant ensuite placées, contribuent encore à arrêter l'hémorrhagie. Si elle continue malgré cela, on tamponne toute l'étendue de la surface saignante. Si on échoue encore, on a recours soit au cautère actuel, à la vessie de Levret, à la bourse de Desault, à la canule à chemise de M. Bermond, etc.; mais il est bien rare qu'on se trouve dans une semblable nécessité.

Les fistules qui s'ouvrent sur la paroi antérieure de l'intestin nécessitent quelques précautions. Ainsi le bistouri ne doit pas être porté sur leur fond dans le but de les scarifier, dans la crainte de blesser la vessie, la prostate, ou le cul-de-sac péritonéal.

Les fistules extrêmement élevées sont plus difficiles et dangereuses à opérer que les autres; ce n'est pas qu'on ait à craindre sérieusement de blesser le péritoine. Les chirurgiens qui ont redouté ce danger avaient oublié que l'ouverture fistuleuse ne porte que sur la membrane muqueuse et la membrane musculuse, à l'exclusion de la membrane séreuse; que le pus fuse dans le tissu cellulaire et non pas dans la cavité abdominale; que si le péritoine était ulcéré, il y aurait un épanchement dans le ventre, et une maladie presque nécessairement mortelle, ou trop grave pour qu'on puisse penser à pratiquer une opération; que le bistouri dans cette opération ne devant jamais abandonner la cannelure de la sonde cannelée, il est à peu près impossible d'ouvrir le péritoine. Le danger vient de ce qu'on incise dans les fistules très élevées au-delà des limites inférieures de l'aponévrose ischio-rectale, ou même du bord interne de l'aponévrose pelvienne, ce qui expose aux infiltrations purulentes entre ces deux lames d'abord, et dans le bassin ensuite entre le péritoine et le fascia pelvis.

L'opération de la fistule à l'anus par excision consiste à exciser ce trajet fistuleux comme je vous l'ai dit dans l'opération par incision, et à enlever les téguments décollés qu'on saisit avec des pinces et qu'on emporte avec un bis-

touri. On n'a pas toujours opéré par excision de cette manière. Ainsi, d'après Celse, on fait une incision de chaque côté du trajet, puis on enlève toutes les parties qu'elles circonscrivent. Depuis, les uns se sont contentés d'exciser avec des ciseaux ou le bistouri droit toute la paroi mobile de la fistule, après l'avoir embrassée dans une anse de fil ou soulevée avec des pinces; enfin il y a eu des chirurgiens qui allaient jusqu'à enlever la totalité du trajet soit du premier coup, soit en excisant les deux parois l'une après l'autre. Aujourd'hui, à l'imitation de Boyer, ceux qui adoptent l'excision commencent par inciser le trajet, ainsi que je vous l'ai dit dans la méthode de l'incision, puis ils saisissent avec des pinces les lambeaux de peau décollés et les coupent avec le bistouri.

Les partisans exclusifs de l'incision ne regardent pas la dénudation du rectum comme une raison suffisante pour prolonger l'incision au-delà de la fistule; ils prétendent qu'après l'opération la paroi intestinale s'applique et se recolle bientôt en dehors contre la surface suppurante, qu'il en est de même des lambeaux cutanés, des indurations, et des callosités. La peau, suivant eux, se recolle, les indurations disparaissent aussitôt que le fond de la fistule se continue sans intermédiaire avec l'anus; qu'alors la fistule incisée se trouve être une simple rigole de l'intestin; que l'incision est une opération infiniment moins douloureuse et moins longue que l'excision; et beaucoup plus prompte à guérir; que l'inflammation, les hémorrhagies, la suppuration sont moins à craindre, et que la difformité qui en résulte est moins grande; enfin, que l'important dans l'opération est d'interrompre la continuité du sphincter qui, en retenant les matières fécales, les oblige à pénétrer en partie dans le trajet fistuleux. On peut objecter à ces raisons que si les parties dénudées, amincies, finissent en effet par se recoller chez un bon nombre de sujets après la simple incision, il est encore assez commun d'observer le contraire.

Le meilleur moyen de guérir une foule d'ulcères cutanés interminables n'est-il pas d'exciser les lambeaux de peau livides et amincis qui en couvrent le fond? Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les fistules de l'anus? En outre, la section du sphincter de l'anus n'a pas toujours lieu; et d'ailleurs ce n'est point ce muscle, mais le cercle fibromusculaire situé au-dessus qui forme le point le plus resserré de l'anus. Après tout, que peut-on craindre dans l'excision? la perte de substance au milieu de parties aussi molles est bientôt réparée, la douleur de l'opération est beaucoup moins vive qu'on ne le pense; l'hémorrhagie n'est pas à redouter, comme on l'a dit, car les tissus étant amincis et comme disséqués, ne contiennent pas de vaisseaux de gros calibre. Quant à la difficulté, il est certain qu'il y en a plus que dans l'incision simple; mais il s'en faut qu'elle soit extrême, et en quelques secondes tous les lambeaux décollés peuvent être saisis et extirpés. La guérison est bien plus certaine de cette façon, et un malade qui subit une opération préfère toujours souffrir un peu plus et avoir toutes les chances possibles de guérir sûrement et promptement. D'ailleurs l'excision, comme on la pratique maintenant, ne porte en définitive que sur la peau. En résumé, quand le trajet fistuleux n'est entouré d'aucune désorganisation, callosités et indurations, l'incision simple peut suffire; quand la peau est décollée, amincie, désorganisée, indurée, il faut avoir recours à l'excision. Cette année, nous avons opéré plusieurs malades par excision, et vous avez remarqué que l'opération n'a été ni très longue ni très douloureuse, et que les malades ont guéri aussi promptement que ceux qui avaient été opérés par incision simple. Ainsi, depuis un mois seulement (leçon du 18 mai 1840), nous avons opéré trois individus par excision; l'un est sorti guéri au bout de douze jours, l'autre au bout de quinze, le troisième sera bientôt guéri, et il y a à peine quinze jours aussi qu'il a été opéré.

Le pansement de la fistule à l'anus, qu'elle ait été opérée par incision ou par excision, consiste à introduire dans l'anus une mèche de charpie, et à engager un faisceau de cette mèche entre les lèvres de la plaie, qu'elle doit dépasser d'un ponce ou deux. Par-dessus cette mèche ainsi introduite dans le rectum, on met de la charpie brute en abondance, et des plumasseaux par-dessus remplissent la marge de l'anus; on couvre le tout de deux ou trois compresses carrées, puis d'autant de languettes un peu larges. Les deux chefs d'un bandage en T, préalablement fixé autour du ventre, sont abaissés sur ces diverses pièces de l'appareil, puis passés entre les cuisses, croisés, ramenés en avant, l'un à droite, l'autre à gauche, noués ou attachés avec des épingles sur la circulaire hypogastrique. La suite des pansements est un point très important après l'opération de la fistule à l'anus. En France, presque tous les chirurgiens français tiennent à ce qu'une grosse mèche de charpie soit introduite et maintenue dans le rectum, ou du moins qu'il y en ait toujours un faisceau entre les lèvres de la plaie; sans cela la fistule pourrait se reproduire, la guérison ne pouvant être solide que dans le cas où la cicatrisation de la plaie procède de son fond vers ses bords. Sabatier, Boyer et l'immense majorité des chirurgiens veulent que l'on se comporte ainsi. Pouteau, au contraire, loin d'approuver la mèche introduite dans le rectum jusqu'à la cicatrisation, la regarde comme nuisible par l'irritation; la compression qu'elle exerce sur la plaie, et il conseille de traiter les fistules opérées comme une plaie simple qu'on veut laisser suppurer. En Angleterre, on a adopté les principes de Pouteau: on se contente de mettre un ruban de linge effilé ou quelques brins de charpie entre les bords de la plaie jusqu'à ce qu'elle soit guérie.

Le but étant d'empêcher le recollement des lèvres de la plaie avant d'en avoir modifié le fond, de l'obliger à se cicatriser par degrés, des côtés vers ses points les plus pro-

fonds, il est certain qu'une mèche souple et d'un volume médiocre peut suffire, mais qu'une mèche effilée ou quelques brins de charpie sont tout-à-fait insuffisants, et qu'ils seraient rejetés par la plaie dans l'anus même; mais il est inutile d'employer un gros cylindre, comme quelques chirurgiens le veulent encore, car il a l'inconvénient, quand on en continue pendant trop long-temps l'usage, d'aplatir les bourgeons cellulaires et vasculaires, et d'empêcher la cicatrisation.

L'expérience a prouvé qu'une mèche d'un volume médiocre est nécessaire pendant les douze ou quinze premiers jours. On en diminue au bout de ce temps peu à peu le volume, de manière à en cesser complètement l'emploi lorsque la cicatrisation est sur le point de se faire. C'est alors qu'on se contente de panser à plat et de mettre sur la plaie de la charpie mollette. Quand il y a un abcès stercoral, doit-on opérer la fistule du même coup qui ouvre les abcès stercoraux, comme le voulait Faget, ou vaut-il mieux pratiquer d'abord une ponction pour opérer plus tard, ainsi que le veut Foubert? La question maintenant est résolue en faveur de ce dernier auteur, 1° parce que l'introduction du doigt ou du gorgeret causerait trop de douleur; 2° parce que, ne pouvant pas savoir où est l'ouverture ni jusqu'où s'étend le décollement, il faudrait le plus souvent recommencer l'opération au bout de quelque temps; 3° parce que plusieurs de ces abcès, une fois ouverts, guérissent sans autre opération.

Quand on a à traiter une fistule borgne interne, il faut, pour l'opérer, la transformer en fistule complète. En retenant le pus dans la cavité qu'il s'est formée en dehors du rectum à l'aide d'un tampon porté sur son ouverture interne, quelques auteurs, et J.-L. Petit entre autres, ont prétendu en faire saillir le fond à l'extérieur. Au moyen d'une tige recourbée en crochet qu'on passe par l'anus, et dont on engage la courte branche dans l'ulcère, d'autres

ont cru atteindre le même but, c'est-à-dire déterminer à quel point du périnée le clapier correspond, afin de l'ouvrir à d'un coup de bistouri, et opérer comme je vous ai dit. Au surplus, quand on a découvert l'orifice intestinal, il devient inutile de faire tant de recherches et d'efforts. Le bistouri porté à plat sur le doigt ayant une boulette de cire à sa pointe, réussirait tout aussi bien; incisant la paroi rectale de haut en bas et de dedans en dehors, à la manière des abcès ordinaires, il diviserait le sphincter, si on le jugeait convenable, et mettrait fin à tous les tâtonnements. Le bistouri boutonné d'abord et le bistouri droit ensuite remplissent parfaitement l'indication en pareil cas. Plusieurs fois j'ai agi d'après ce principe et je m'en suis bien trouvé. Du reste, la médiocre fréquence des fistules borgnes internes tient à deux causes: 1° à ce qu'elles se transforment promptement en fistules complètes; 2° à ce que, dans le cas contraire, l'ulcération est assez légère pour en permettre la guérison spontanée. C'est ce que j'ai vu chez un malade dont je fus obligé d'ouvrir par l'intérieur du rectum un abcès très douloureux qu'il était impossible de reconnaître à l'extérieur, qui faisait une saillie manifeste dans l'intestin, et dont il sortit plus d'un verre de pus. Le malade guérit très bien sans fistule.

Quand la fistule est multiple, qu'il y a un grand nombre d'orifices à l'extérieur, on a conseillé d'opérer en plusieurs temps, en ayant soin de laisser guérir une plaie avant d'en faire une autre: il vaut mieux inciser tous les trajets les uns après les autres, et le même jour; la guérison se fait beaucoup moins attendre et ne perd rien de sa sûreté.

Chez les femmes, l'opération de la fistule à l'anus exige quelques remarques spéciales; elles se rattachent, comme l'a mentionné M. Ribes, à la disposition anatomique des parties. L'excavation ischio-rectale étant moins profonde chez les femmes, et leur aponévrose périnéale moins régulière, les abcès du fondement s'ouvrent assez souvent,

chez elles, en avant, à la racine des grandes lèvres, ou bien entre la fourchette et la commissure postérieure de la vulve. Aussi l'orifice de la fistule doit-il être fréquemment cherché dans ce sens, tandis qu'il y existe rarement chez l'homme. Leur aponévrose inférieure étant en quelque sorte confondue avec le fascia superficialis, fait à son tour que les abcès des grandes lèvres tendent à gagner le devant de l'anus et à former là une véritable fistule borgne externe, qu'on ne guérit qu'en mettant à nu toute l'étendue du foyer. Une jeune femme que j'ai opérée en 1855 à l'hôpital de la Pitié portait depuis huit ans une affection de ce genre sans avoir jamais pu s'en débarrasser. Le détroit inférieur étant plus large et moins haut que chez les hommes, l'anus est presque de niveau chez elles avec les ischions, et proémine davantage vers la peau que dans l'autre sexe. De cette disposition anatomique, il résulte que les fistules chez les femmes ont peu d'élévation, qu'il est plus facile de les opérer, mais qu'il serait plus aisé de blesser le péritoine, s'il en était susceptible, ou de dépasser les aponévroses par en haut. Enfin la présence du vagin en avant montre toute l'importance des précautions à prendre quand elles ont leur siège de ce côté, et comment les fistules rectales peuvent se transformer en fistules recto-vaginales.

## ARTICLE XIV.

## ABCÈS FÉTIDES (1).

Parmi les phénomènes que nous présentent certains abcès à leur ouverture, il en est un que je dois signaler à votre attention, parce qu'il peut devenir pour vous une source d'erreurs, et qu'en effet il a trompé et trompe encore beaucoup de praticiens; je veux parler de la fétidité du pus que contiennent certains foyers d'apparence phlegmoneuse, et dont le siège se trouve dans le tissu cellulaire ou l'épaisseur des muscles, et qui sont cependant sans communication directe soit avec les os, soit avec les organes intérieurs. On les observe dans beaucoup de régions du corps, au pourtour des mâchoires, sur les côtés ou le devant du larynx et de la trachée-artère, à la marge de l'anus, dans les parois de la poitrine et de l'abdomen. La fréquence de ces abcès fétides est très grande à la face, et de tout temps on les a observés et constatés dans cette région.

Cette année j'ai ouvert devant vous un assez grand nombre d'abcès situés sous l'os maxillaire, dans l'intérieur de la bouche, et chaque fois j'ai eu l'attention de vous faire remarquer avant l'ouverture que le pus qui sortirait de ces abcès aurait une odeur extrêmement mauvaise, et cela s'est toujours vérifié. J'avais signalé ce fait depuis bien longtemps à la Pitié, alors que je faisais le service de cet hôpital; et M. Bassereau a publié en 1851 plusieurs observations qu'il avait recueillies à cette époque dans mes salles sur les abcès fétides.

(1) Leçon de juin 1840. Nous avons beaucoup profité, pour la rédaction de cet article, du travail inséré par M. Bassereau dans le *Journal hebdomadaire* (décembre 1831).