

L'opportunité de l'opération chez les tuberculeux a été très vivement discutée. Il serait tout à fait déplacé d'entrer ici dans la discussion générale sur l'opérabilité des tuberculeux. On sait aujourd'hui que les foyers de suppuration, loin de constituer un émonctoire salutaire pour les malades, les exposent au contraire à des dangers permanents. Quant aux accidents de généralisation, rien ne démontre qu'ils soient plus fréquents après les opérations qu'en dehors d'elles. Il n'y a donc aucune raison d'ordre général de ne pas opérer les fistules chez les tuberculeux.

Il va sans dire que s'il s'agit d'un phtisique à la dernière période, devant fatalement mourir à brève échéance, il n'y a qu'à s'abstenir. Il serait vraiment barbare de lui infliger les angoisses et la fatigue d'une opération inutile. Hormis ce cas extrême, je le déclare catégoriquement, il faut opérer les tuberculeux. Non seulement l'opération les débarrasse d'une infirmité pénible, mais en outre la cure de la fistule a une influence excellente sur leur état général. J'en ai vu qui après la suppression de leur foyer suppurant, ont repris une mine florissante, de telle sorte qu'on ne pouvait pas douter que l'altération de la santé était due chez eux bien plus à la fistule qu'aux lésions pulmonaires.

Traitement. — Je n'insisterai guère sur le traitement par les injections, car il échoue dans la plupart des cas. Aussi n'est-on, à mon sens, autorisé à l'employer que si les malades refusent absolument une intervention plus efficace.

On a injecté la teinture d'iode, l'acide phénique, le sublimé, etc... Les médecins américains recommandent l'eau oxygénée ou peroxyde d'hydrogène. Tuttle préfère un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'acide phénique.

Aux injections, Mathews ajoute la dilatation et le débridement du trajet. Il place d'abord une laminaire, puis au bout de quelques heures, il introduit un *fistulotome* muni de deux lames cachées qu'un mouvement de vis permet de faire saillir. Après les avoir fait saillir, il retire l'instrument, débridant ainsi le trajet. Ce débridement me paraît un peu illusoire. En tout cas, il ne saurait être efficace que dans les cas, et ils sont rares, où le trajet est unique et simple. Les diverticules, qui sont si fréquents, échappent fatalement.

J'arrive aux traitements opératoires qui sont au nombre de quatre : 1° la *ligature* ; 2° l'*incision* ; 3° l'*excision* ; 4° la *suture*. Je m'expliquerai sur ce qu'il peut y avoir d'un peu obscur dans ces deux derniers termes.

La *ligature* consiste à saisir dans une anse de fil toute l'épaisseur de tissu comprise entre la fistule et le rectum. On introduit dans la fistule soit l'instrument d'Allingham, soit un stylet aiguillé. S'il existe un orifice interne accessible, l'instrument pénètre directement dans le rectum. S'il n'y a pas d'orifice interne ou s'il n'est pas accessible, on perfore la muqueuse. L'instrument ayant pénétré dans le rectum,

on l'accroche avec le doigt pour l'attirer au dehors par l'anus, et on enfle, ou on accroche le fil, suivant l'instrument qu'on emploie. Lorsque l'orifice interne est haut situé, il est difficile de ramener ledit instrument au dehors et on peut être obligé de charger le fil à l'aveuglette. Après l'avoir chargé, on retire l'instrument en sens inverse. Le fil est entraîné de telle façon qu'il forme une anse dont un chef sort par l'anus et l'autre par l'orifice de la fistule. En le serrant, on étreint le point de tissu compris entre le rectum et le trajet. Ces tissus énergiquement serrés se sphacèlent, et lorsque le fil tombe, la fistule est transformée en une plaie angulaire qui communique avec le rectum.

Les ligatures avec le fil simple, la soie, le crin, les fils métalliques, ont été successivement abandonnées. En 1870, Henry Lee, en préconisant la ligature élastique, a donné à cette méthode un regain de faveur. Actuellement, la ligature élastique est elle-même abandonnée. C'est en effet une méthode lente, douloureuse, qui n'a aucun avantage. Il en est de même de la section avec l'écraseur de Chassaignac, qui n'est en quelque sorte qu'une ligature extemporanée.

L'*incision* est la méthode la plus généralement employée. Elle conduit, mais bien plus rapidement, au même résultat que la ligature, résultat qui est de transformer la fistule en une plaie angulaire.

La technique de cette opération est fort simple. L'antique syringotome est à ce point abandonné, qu'il a disparu de l'arsenal chirurgical. Voici comment on procède. Une sonde cannelée est introduite dans la fistule exactement comme pour faire la ligature élastique, et on la fait pénétrer soit par l'orifice interne, soit en perforant la muqueuse dans l'intérieur du rectum. L'index gauche y ayant été préalablement introduit reçoit l'extrémité de l'instrument et protège la paroi opposée de l'intestin qu'on pourrait blesser, lorsqu'on est obligé de faire un petit effort. Pour éviter cette blessure, on se servait jadis du gorgeret. Cet instrument était utile lorsqu'on introduisait directement le bistouri dans la fistule. Mais on ne procède plus ainsi, car la pointe du bistouri ne peut suivre le trajet souvent irrégulier. Aussi le gorgeret a-t-il disparu comme le syringotome. L'extrémité de la sonde cannelée est arrivée dans le rectum. L'index gauche l'accroche et la ramène au dehors par l'anus. Tous les tissus qu'il s'agit de sectionner sont ainsi chargés et il suffit d'un coup de bistouri pour les couper.

Quand il s'agit d'une fistule du creux ischio-rectal, que l'orifice est haut situé, il peut être difficile de ramener la sonde cannelée au dehors, et dans bien des cas on ne pourrait y réussir sans violence. Dans les cas de ce genre, il vaut beaucoup mieux introduire dans le rectum un spéculum ou une valve. L'extrémité de la sonde est poussée jusqu'au contact de l'instrument, et sans chercher à la ramener au dehors, on incise sans danger les tissus qu'on a sous les yeux.

L'incision faite, la plaie largement ouverte est tamponnée. Les pansements ultérieurs doivent être surveillés avec le plus grand soin

de manière que la cicatrisation se fasse de la profondeur vers la surface. La guérison est toujours très lente.

L'incision simple, telle que je viens de la décrire, est le plus souvent insuffisante. On fend le trajet principal sans se préoccuper des diverticules. S'il en existe, et ils sont fréquents, ils empêchent la guérison de se produire. On ne s'occupe pas de la paroi du trajet, et si cette paroi est tuberculeuse, la fistule se reconstitue.

Aussi, bien qu'on parle toujours du traitement par l'incision, ne pratique-t-on plus guère l'incision simple. On commence par cette incision, mais après l'avoir faite, on cherche les diverticules pour les débrider à leur tour, et on agit plus ou moins sur la paroi. Les uns la raclent vigoureusement à la curette tranchante, d'autres les détruisent avec le thermocautère.

Il en est même qui font toute l'opération avec ce dernier instrument. L'anus et le rectum étant dilatés et protégés par un spéculum ou une valve, on sectionne tout le pont de tissus compris entre la fistule et le rectum avec le couteau de platine rougi. Je considère ce procédé comme mauvais pour deux raisons. D'abord le thermocautère est un médiocre instrument de section. Il agit beaucoup trop lentement. Quant à ses avantages hémostatiques qu'on prône toujours, ils sont bien illusoire. En second lieu, la plaie qu'il fait est recouverte d'une escarre qui masque les tissus. Sous cette escarre, les diverticules du trajet principal sont dissimulés et échappent à l'examen. Aussi, si l'on veut se servir du thermocautère pour détruire les parois du trajet, il ne faut l'employer qu'après avoir fait la section et tous les débridements utiles au bistouri.

La nécessité pour obtenir une bonne cure de supprimer la paroi, qui est souvent tuberculeuse, a conduit naturellement à l'*excision*. Celle-ci consiste à réséquer au bistouri tous les tissus malades. La résection faite, on peut, comme après l'incision simple, faire le pansement à plat. Mais lorsqu'on a enlevé toutes les parties malades, il reste une plaie formée de tissus sains, normaux, et il est bien tentant de la réunir.

On comprend donc comment l'insuffisance de l'incision simple a conduit au grattage, puis à l'*excision*, et comment l'*excision* a conduit à la *suture*.

En réalité, il reste en présence deux méthodes de traitement des fistules anales : l'incision suivie du curettage, et l'*excision* suivie de suture.

L'incision ainsi entendue est le plus fréquemment employée. La suture, qui remonte à Chassaignac, avait été abandonnée. A la suite d'un article de Smith (1), on s'en est occupé de nouveau. Quénu l'a chaudement recommandée à la Société de chirurgie en 1887. Je l'emploie toujours et ma pratique sur ce point a été exposée dans la thèse

(1) SMITH, *New York Med. Record*, vol. I, 1886, p. 669.

de Legras (1). Néanmoins je dois reconnaître que la suture des fistules anales ne s'est pas généralisée. Cette méthode excellente n'est pas appréciée comme elle le mérite.

Comparons les deux méthodes.

L'incision suivie de curettage est incontestablement très bonne. Elle guérit les malades, et je n'ai nullement l'intention de faire son procès. Mais elle a des inconvénients, et il s'agit uniquement de savoir si on ne peut pas les éviter par la suture.

Le premier inconvénient de l'incision, c'est la lenteur de la guérison. Il faut des semaines et quelquefois des mois, dans les fistules profondes, pour obtenir la cicatrisation complète. C'est là un inconvénient sérieux, d'autant plus que tant qu'il persiste une plaie, il faut la panser avec le plus grand soin pour éviter la récurrence.

Son second inconvénient, c'est que, quand il s'agit de fistules ischio-rectales où l'on est obligé de couper le sphincter, elle expose à l'incontinence. L'incontinence même partielle est une infirmité terrible, et Tillaux a peut-être raison de dire qu'il vaudrait mieux conserver une suppuration permanente que de s'exposer à une incontinence rectale.

La *suture* supprime ces deux inconvénients. Lorsqu'elle réussit, la guérison est complète en huit ou dix jours, et les fonctions du sphincter se rétablissent parfaitement. La suture a donc des avantages incontestables et sérieux sur l'incision. Tout le monde le reconnaît. Mais ses ennemis objectent qu'elle échoue dans le plus grand nombre des cas, et, ce qui serait plus grave, qu'elle expose à des accidents inflammatoires par rétention qui peuvent être dangereux. Aucune des deux objections n'est fondée.

Lorsque la suture est faite suivant la technique que j'ai exposée dans la thèse de Legras et sur laquelle je vais revenir brièvement, elle réussit dans la grande majorité des cas. A la fin de 1897, j'avais opéré 27 fistules ano-rectales par l'*excision* et la suture totale sans drainage. Sur sept qui étaient manifestement tuberculeuses, six ont été réunies complètement par première intention. Dans un cas seulement, il y eut une désunion partielle. Sur les 20 autres, parmi lesquelles il y en avait probablement aussi de tuberculeuses, j'ai obtenu 17 succès complets et 3 échecs. Dans les 4 cas où la réunion a échoué, il n'est survenu aucun phénomène fâcheux. La plaie s'est simplement désunie et les malades ont guéri par seconde intention, absolument comme si on avait fait l'*excision* sans suture.

Ainsi donc, par la suture totale, on obtient 85 p. 100 de succès complets, et dans les 15 cas où elle échoue, les choses se passent comme si on avait fait l'incision suivie d'un bon grattage. En somme, avec la suture totale, les malades n'ont rien à perdre, mais ils ont beaucoup à gagner. Ils gagnent du temps et sont à l'abri de l'incontinence.

(1) LEGRAS, thèse de Paris, 1892-93.

Voilà pourquoi je considère la suture comme supérieure à l'incision. Voilà pourquoi je l'emploie de préférence.

Y a-t-il des contre-indications à la suture ? C'est possible, mais elles sont bien rares. Peut-être chez des tuberculeux extrêmement débilités vaudrait-il mieux abrégé la durée de l'opération ? Mais il faut remarquer que c'est justement chez ces malades qu'il y a le plus d'intérêt à obtenir une guérison rapide et complète. C'est donc une affaire d'appréciation délicate. En tout cas, sans aller jusqu'à soutenir que toutes les fistules doivent être suturées, je dois dire que j'ai suturé toutes celles que j'ai eu à soigner depuis bien des années.

Les considérations que je viens d'exposer et la technique opératoire que je vais brièvement décrire s'appliquent à toutes les fistules. Je ne consacrerai donc pas de paragraphe spécial aux fistules pelviennes. On a beaucoup discuté jadis sur le traitement qui leur convient. Comme on n'osait pas les inciser, de peur des hémorragies, et que la chaîne de l'écraseur était difficile à placer, on faisait la section lente avec l'entérotome. Richet a même inventé dans ce but l'entérotome à branches parallèles. Tout cela est inutile. Les fistules les plus profondes sont justiciables du même traitement que les autres. L'acte opératoire est seulement rendu un peu plus délicat par leur profondeur même.

Pour avoir chance d'obtenir une réunion par première intention, il faut commencer par aseptiser le rectum autant que faire se peut. On procède pour cela comme dans tous les cas où l'on doit faire une opération sérieuse sur l'extrémité inférieure de l'intestin. Régime lacté, purgatifs répétés, lavements boriqués. On donne le dernier purgatif l'avant-veille de l'opération, et la veille, tout en continuant les lavements, on commence à donner de l'opium pour être sûr d'avoir une constipation complète pendant les jours qui suivent l'opération.

L'intervention elle-même se fait de la manière suivante. Je commence par déclarer qu'il n'est pas nécessaire d'inciser le rectum dans tous les cas. Lorsque la fistule est manifestement complète, il ne saurait y avoir de discussion : l'incision du rectum s'impose. Voici la règle que j'ai pour les autres cas. Lorsque le trajet fistuleux conduit sous la muqueuse, et il faut bien reconnaître que c'est le cas le plus fréquent, j'incise le rectum, même si je ne trouve pas d'orifice interne. Mais quand le trajet ne perfore pas les tuniques rectales externes, quand il s'arrête en dehors du rectum, et cela s'observe surtout dans les fistules tuberculeuses, je considère comme absolument inutile d'inciser l'intestin.

Qu'on incise ou qu'on n'incise pas le rectum, les grandes lignes de l'opération restent les mêmes. Il faut poursuivre et fendre tous les diverticules sans exception. Cela n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire. Souvent, dans les fistules tuberculeuses, des diverticules qui vont très loin se branchent sur le trajet principal par

des orifices fort étroits qui passeraient aisément inaperçus. Il faut donc une grande attention, car si le moindre diverticule échappe, l'échec est certain.

Il ne suffit pas d'inciser tous les trajets, tous les diverticules, il faut en enlever complètement la paroi. Pour cela, je les dissèque au bistouri. Je ne me contente pas d'enlever les fongosités, j'enlève aussi toute la membrane fibreuse qui les porte. Je n'ignore pas que cette dernière est une membrane de défense, je l'enlève cependant en totalité, et en le faisant j'ai un double but : être sûr d'avoir enlevé tout ce qui est infecté, et assouplir les parties pour qu'elles se coaptent mieux. Les tissus indurés s'affrontent mal et sont peu propres à la réunion par première intention. Je dissèque donc toutes les callosités jusqu'à ce que je rencontre le tissu graisseux normal de la fosse ischio-rectale. Quand l'excision est terminée, la plaie est tout entière dans des tissus normaux.

Il reste à faire la suture. La manière dont on la fait a une importance capitale. Il faut absolument que la coaptation soit parfaite jusque dans les coins les plus reculés et qu'il ne reste aucun espace mort derrière les sutures superficielles. Il y a deux moyens d'atteindre ce but : les sutures placées en étage, et les grandes sutures profondes qui contourment toute la plaie sans la traverser, comme dans la périnéorrhaphie. Les grandes anses profondes sont, dans la région dont il s'agit, infiniment préférables aux sutures en étage. Ces dernières ne sont, à mon avis, qu'un pis-aller. Avec elles, les échecs sont bien plus fréquents. Aussi je ne les emploie que dans les cas où la plaie est si irrégulièrement anfractueuse qu'il est impossible de placer les grands fils. Ces cas sont d'ailleurs très rares. Avec les aiguilles variées que Collin m'a construites, je réussis presque toujours à placer de grandes anses qui font une coaptation parfaite. Je fais toujours une suture complète sans drainage.

Après l'opération, le malade est constipé d'une manière absolue pendant huit jours pleins. Il est des malades chez qui des selles surviennent malgré l'opium. C'est une circonstance fâcheuse, qui peut compromettre la réunion. J'en ai vu cependant guérir malgré des selles intempestives. S'il survenait des accidents fébriles, des menaces d'inflammation, il ne faudrait pas hésiter à faire sauter les sutures. Au bout de huit jours, j'enlève les fils. Quelquefois la plaie se désunit ; en général elle est complètement et définitivement réunie. Si le malade a bien supporté la constipation, j'attends encore deux et quelquefois trois jours avant de le faire aller à la selle. S'il la supporte mal, je provoque une selle le lendemain en employant l'artifice que j'ai déjà indiqué pour ramollir les matières dures qui pourraient traumatiser la suture en passant.

L'opération est certainement assez délicate. Mais les résultats que l'on obtient compensent largement la peine qu'elle donne.