

fer rouge ou au nitrate d'argent et par la compression à l'aide d'un brayer, qui, pour la région inguinale, sera, ainsi que le recommande Gosselin, placé entre deux spica.

Lorsqu'une fistule stercorale s'ouvre à l'extérieur par plusieurs orifices, on incise ces trajets sous-cutanés et on les fait cicatriser des parties profondes vers les parties superficielles, comme on le fait pour les fistules à l'an us; puis on recourt aux moyens que je viens de signaler.

§ 6. **Entérotomie. — Anus artificiel** (fig. 340). — On a recours à l'entérotomie et à la création d'un anus artificiel, soit dans les cas d'imperforation du rectum, soit dans ceux d'étranglement interne, quand la gastrotomie n'a pas réussi ou qu'on n'a pas cru devoir la pratiquer. Si l'on a affaire à une imperforation du rectum, anomalie sur la thérapeutique de laquelle je reviendrai plus tard, il faut d'abord songer à établir l'an us dans la région périnéale, et c'est lorsqu'on n'a pas d'espérance sérieuse d'y réussir qu'on doit se résigner à employer les méthodes de Littre et d'Amussat, que nous allons étudier, et dans lesquelles on ouvre l'S iliaque et le colon descendant.

Quand c'est pour un étranglement interne que l'on opère, il faut naturellement et de toute nécessité que l'entérotomie porte sur une portion d'intestin située au-dessus du siège de l'étranglement.

*Procédé de Littre.* — Voici le manuel opératoire de ce procédé, qui a été proposé d'une façon très-sommaire par le chirurgien dont il a conservé le nom : on va à la recherche de l'S iliaque et partant on opère du côté gauche, le malade étant couché sur le dos. Huguier a soutenu que quand on opérât chez des nouveau-nés, il fallait le faire à droite, car c'était de ce côté que se trouvait chez eux l'S iliaque. Mais les recherches ultérieures de Giralès, de Curling, de Bourcart ont infirmé celles d'Huguier.

On incise la paroi abdominale suivant une ligne parallèle à l'arcade crurale et située un peu au-dessus. L'incision doit s'arrêter en dedans, au voisinage de l'artère épigastrique qu'il faut éviter. Quant à la sous-cutanée abdominale, on n'a pas à s'en préoccuper. Il est en effet très-facile de la lier ou de la tordre. L'incision doit devenir de moins en moins étendue à mesure qu'on pénètre plus

avant ; ainsi chez l'adulte on lui donnera sept centimètres environ d'étendue dans sa portion superficielle, et la moitié seulement dans sa partie profonde. Chez le nouveau-né, la section de la peau ne devra guère avoir que deux et demi à trois centimètres.

On divise successivement et avec précaution la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles grand oblique, petit oblique et transverse, puis le fascia transversalis et le péritoine. Pour sectionner ces deux dernières membranes, il est bon de faire d'a-

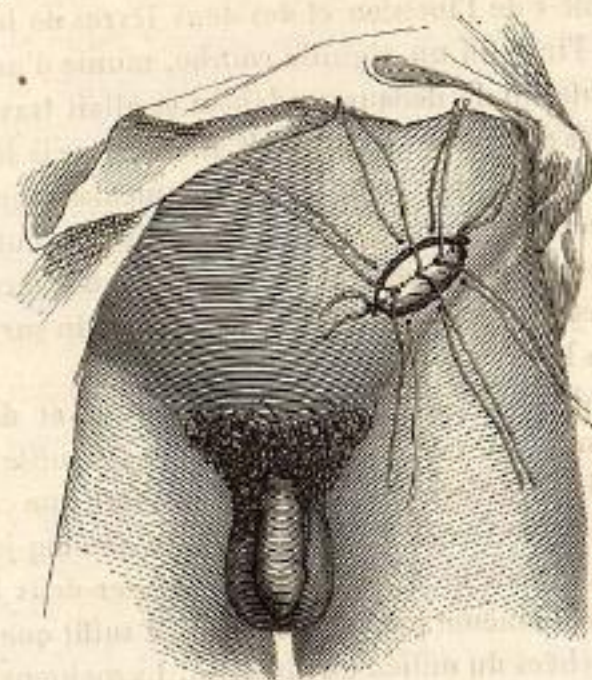


Fig. 340. — Création d'un anus artificiel, méthode de Littre.

bord une petite ouverture en les soulevant avec des pinces et sectionnant avec le bistouri tenu à plat, puis on agrandit l'ouverture à l'aide de ciseaux mousses ou mieux du bistouri conduit sur la sonde cannelée. On va ensuite à la recherche de l'S iliaque, que l'on distingue facilement de l'intestin grêle. Quand on l'a trouvée, reste à l'ouvrir de façon à éviter l'épanchement des matières stercorales dans les cavités abdominales et à créer un orifice permanent qui les laisse écouler à l'extérieur. Autrefois, on se conten-



taut de passer un fil dans le mésocôlon pour maintenir appliqué contre la paroi abdominale l'intestin que l'on ouvrait. Le fil était retiré du troisième au cinquième jour.

Aujourd'hui, on a recours à la suture préalable de l'intestin avant de l'ouvrir, et l'on obtient ainsi d'une façon bien plus certaine le double but qu'on se propose. Nélaton qui, le premier, a eu recours à cette suture dans les cas d'entérotomie, la pratiquait de la façon suivante : il faisait d'abord au niveau de chaque extrémité de l'incision un point de suture comprenant la paroi abdominale et l'intestin et destiné à fixer ce dernier; puis, à égale distance des deux extrémités de l'incision et des deux lèvres de la plaie, il enfonçait dans l'intestin un aiguille courbe, munie d'un fil, laquelle repérait l'intestin de dedans en dehors et allait traverser ensuite une des lèvres de la plaie. Il en faisait autant pour la lèvre opposée, en passant l'aiguille par la même piqûre médiane qui avait servi à l'introduire dans l'intestin. On a ainsi deux points de suture. Lorsqu'on en a placé un certain nombre à une distance d'un demi-centimètre les uns des autres, on ouvre l'intestin sur la ligne médiane et dans l'intervalle des points de suture.

Il est bon de se servir de fils métalliques fins et de longues aiguilles; le temps qui consiste à faire passer l'aiguille à travers la paroi abdominale présente chez les sujets gras une certaine difficulté. Les fils seront laissés en place quatre ou cinq jours.

On peut parfaitement se dispenser d'enfoncer deux fois de suite l'aiguille dans la même piqûre médiane; il suffit que les piqûres soient rapprochées du milieu de l'intestin. La manœuvre de la section de l'intestin entre les fils n'en est que plus facile.

Quelques chirurgiens emploient le procédé de suture suivant : on traverse une lèvre de la plaie abdominale avec une aiguille armée d'un fil; avec cette même aiguille, on perce la paroi antérieure de l'intestin de dehors en dedans puis de dedans en dehors, on ressort et on va traverser l'autre lèvre de la plaie. On a soin d'ouvrir l'anse intestinale sans intéresser les points de suture; on divise ensuite la portion de chaque anse de fil contenue dans le calibre de l'intestin et, en la nouant à l'extrémité de la même anse qui a traversé la paroi abdominale du même côté, on a pour chaque lèvre de la plaie autant de points de suture qu'on a passé de fils.

Quand on opère pour un étranglement interne, on ne va plus à la recherche d'une portion déterminée d'intestin; l'indication qui prime toutes les autres, c'est de faire l'entérotomie sur une partie du tube intestinal située au-dessus de l'étranglement.

On ouvrira la paroi abdominale comme dans le procédé de Littre; seulement, on pourra tout aussi bien choisir le côté droit que le côté gauche. On cherchera à opérer sur le point le plus rapproché de l'étranglement, et l'on se guidera sur la distension par les gaz des anses intestinales placées au-dessus de l'obstacle au cours des matières, distension dont la paroi abdominale traduit fidèlement le relief. Souvent on devra ouvrir l'intestin grêle. On pratiquera la suture préalable de l'intestin suivant un des procédés que j'ai indiqués; celui de Nélaton modifié me paraît le plus commode.

Dans ces circonstances, avant d'en venir à l'entérotomie, il sera bon de ponctionner l'intestin avec un trocart capillaire adapté à un appareil aspirateur. Cette ponction, toujours inoffensive, peut quelquefois être utile.

Dans les cas d'étranglement interne, l'entérotomie me paraît préférable à la gastrotomie.

*Procédé de Callisen.* — Ce procédé, dont la paternité est douteuse, consiste à aller ouvrir la partie postérieure du côlon descendant à l'aide d'une section pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le bord externe du muscle carré des lombes. L'avantage de cette opération est d'ouvrir l'intestin sans intéresser le péritoine; en effet, le côlon lombaire, incomplètement enveloppé par le péritoine, est en rapport direct avec le carré des lombes. Le côlon gauche a été choisi à cause de son rapprochement plus grand du rectum.

Voici le procédé opératoire employé par Amussat, qui a réhabilité l'opération de Callisen et se l'est, on peut dire, appropriée : le malade étant couché sur le ventre, légèrement penché à droite, le chirurgien divise transversalement la peau du côté gauche, à égale distance entre la crête iliaque et la dernière fausse côte, par une incision partant du bord externe de la masse commune et s'arrêtant au niveau du milieu de la crête de l'os des îles. Il coupe successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles de



la paroi latérale de l'abdomen, et il arrive sur le tissu cellulaire qui recouvre le rein et le colon. L'opérateur cherche dans ce tissu avec une sonde cannelée, et au besoin il divise le bord externe du muscle carré des lombes. Ces recherches doivent être conduites de façon à ne pas blesser le péritoine.

Quand on est arrivé sur l'intestin, on l'incise; il est prudent de le fixer préalablement par la suture aux lèvres de la plaie de la paroi abdominale.

Dans le procédé de Littre, on ouvre la cavité péritonéale, ce qu'on ne fait pas dans celui d'Amussat, mais cette ouverture ajoutée à l'opération moins de gravité qu'on ne serait porté à le croire. Aussi la facilité plus grande du manuel opératoire de la première méthode, l'avantage qu'elle offre d'avoir un orifice anal situé d'une façon moins incommode et de ne pas exposer au rétrécissement consécutif de l'ouverture, la font-ils généralement préférer. De plus, l'opération de Callisen n'est indiquée que lorsque l'obstacle siège au-dessous du colon descendant.

## ARTICLE III.

## RECTUM.

Le rectum, qui commence au niveau de la base du sacrum et se dirige d'abord d'arrière en avant, puis d'avant en arrière à partir du sommet du coccyx, occupe la ligne médiane depuis la troisième vertèbre sacrée jusqu'à l'anus.

Les rapports du rectum varient en avant chez l'homme et chez la femme.

Pour étudier ces rapports chez l'homme, on le divise généralement en trois portions, la première allant de l'anus au sommet de la prostate, la seconde de la base de la prostate au péritoine, et la troisième comprenant la partie de cet intestin en contact avec le péritoine.

La première portion, qui correspond en bas aux sphincters et en haut au releveur de l'anus, est en rapport sur les côtés avec le tissu cellulo-adipeux de la fosse ischio-rectale, en arrière avec le tissu cellulaire qui la sépare du coccyx. En avant elle répond à l'urètre, dont elle est séparée en haut seulement par la prostate, tandis que

plus bas, le canal se portant en avant et le rectum se dirigeant en arrière, il en résulte entre ces deux canaux la création d'un intervalle triangulaire à base inférieure.

Cette portion a environ trois centimètres de longueur.

La portion suivante, qui s'étend du bec de la prostate au péritoine, est en contact en arrière et sur les côtés avec du tissu cellulaire; en avant elle est en rapport avec la prostate, les vésicules séminales et le bas-fond de la vessie, dont la sépare l'aponévrose prostatopéritonéale. Sa longueur est de huit centimètres.

La troisième portion est, à sa partie inférieure, tapissée par le péritoine en avant seulement, tandis que plus haut il lui fournit une enveloppe complète.

Sa face antérieure regarde la face postérieure de la vessie; le péritoine en passant d'un de ces organes à l'autre forme là le cul-de-sac recto-vésical, dans lequel on rencontre des anses de l'intestin grêle.

Chez la femme, on divise le rectum en portion péritonéale et en portion sous-péritonéale.

Cette dernière qui, à quatre centimètres au-dessus de l'anus, rejoint la partie postérieure du vagin à laquelle elle s'adosse par l'intermédiaire d'une couche de tissu cellulaire assurant à ces deux conduits une certaine indépendance, en est séparée à la partie inférieure par un espace qui constitue le périnée et ne dépasse pas deux centimètres, longueur qu'il est souvent loin d'atteindre.

Quant à la portion péritonéale, elle est en rapport en avant avec la partie supérieure de la face postérieure du vagin et celle de l'utérus. Le péritoine forme entre ces organes le cul-de-sac utéro-rectal. Les ligaments utéro-sacrés croisent le rectum latéralement.

La portion sous-péritonéale de cet intestin a de dix à onze centimètres chez l'homme et à peu près la même longueur chez la femme.

Chez l'enfant mâle, la séreuse descend jusqu'à la base de la prostate.

Embrassé à sa partie inférieure par le sphincter externe, le rectum est formé, comme le reste de l'intestin, d'une tunique muqueuse, d'une tunique celluleuse, d'une tunique musculaire et enfin d'une tunique séreuse qui n'appartient qu'à sa partie supérieure.

La muqueuse rectale présente des replis irréguliers; en bas elle offre des replis curvilignes à convexité inférieure formant des es-



pèces de valvules semi-lunaires analogues à celles que l'on trouve à l'origine des artères aorte et pulmonaire. Les extrémités de ces valvules forment, en se réunissant, les colonnes de l'anüs.

Cette muqueuse adhère fortement à la tunique celluleuse qui a elle-même des adhérences assez intimes avec la membrane musculaire, sauf au niveau du quart inférieur où ces deux membranes ne sont unies que par un tissu cellulaire lâche.

La portion sous-péritonéale de cette dernière portion du tube digestif présente au-dessus des sphincters une dilatation appelée cul-de-sac ovoïde du rectum.

La tunique musculaire est formée de fibres longitudinales constituant une couche complète, contrairement à ce qui se passe pour le reste du gros intestin, et de fibres circulaires présentant dans certains points un épaissement tel qu'elles ont été considérées comme formant de véritables sphincters; c'est ainsi qu'au niveau de l'extrémité inférieure du rectum elles constituent le sphincter interne.

Nélaton a décrit un second sphincter qui se trouverait à huit ou dix centimètres au-dessus de l'anüs, mais dont l'existence et la disposition n'ont rien de constant.

Les artères du rectum, artères hémorrhoidales, viennent de la honteuse interne, de l'hypogastrique et surtout de la mésentérique inférieure.

Les veines se rendent dans la mésentérique inférieure; leur dilatation constitue les hémorrhoides.

Les lymphatiques se jettent dans les ganglions situés sur les parties postéro-latérales de la portion sus-prostatique de l'intestin.

Le rectum reçoit des nerfs de la vie végétative et des nerfs de la vie de relation.

§ 1. **Vices de conformation du rectum** (fig. 341).—Le rectum peut présenter différents vices de conformation. Il peut être rétréci, oblitéré à sa partie inférieure seulement, manquer dans une partie plus ou moins étendue, s'ouvrir au niveau des organes génitaux, soit chez l'homme, soit chez la femme, s'aboucher dans la vessie, etc., etc.

Voyons d'abord les cas d'atrésie recto-anale complète, c'est-à-dire, les cas dans lesquels une portion plus ou moins considérable du rectum fait défaut, sans qu'il s'ouvre nulle part.

Si des indices que je n'ai pas à apprécier ici et des investigations faites par la vessie sur les garçons et le vagin chez les filles permettent de penser que l'ampoule rectale n'est pas située trop haut, on ira à sa recherche par le périnée, de façon à créer un anus situé dans la position normale, ce qui est infiniment préférable. Dans le cas contraire, on aura recours à la méthode de Littre ou à celle d'Amussat.

Il est reconnu aujourd'hui que, pour établir un anus périnéal dans de bonnes conditions, il ne faut pas se contenter d'ouvrir l'ampoule rectale et d'y introduire une canule en gomme élastique, ce qui expose au rétrécissement et à l'oblitération de l'orifice, mais bien coudre la muqueuse avec la peau, procédé qui a été proposé pour la première fois par Amussat et depuis préconisé par Friedberg qui lui a donné le nom de *proctoplastie*. Pour que cette opération soit praticable, il ne faut pas, on le comprend sans peine, que l'ampoule rectale soit située trop haut. Si l'on tombait sur un cas de ce genre, lors même que l'on aurait commencé l'opération par le périnée, il vaudrait mieux y renoncer pour recourir à une autre méthode.

Quant au procédé qui consiste à aller à la recherche du rectum avec un trocart, il doit être laissé de côté comme dangereux.

Voici comment on procède pour établir un anus artificiel au périnée (fig. 341). On commence par vider la vessie et y placer un cathéter, si l'on a affaire à un garçon, tandis qu'on l'introduit dans le vagin, si c'est une fille. L'enfant est couché sur le dos, les jambes écartées; le chirurgien fait sur la ligne médiane une incision allant de la racine des bourses ou de la commissure postérieure de la vulve au sommet du coccyx qu'il peut même réséquer, suivant le conseil de Verneuil. Il divise les tissus couche par couche et finit par arriver sur le rectum qu'il reconnaît à sa consistance et à sa forme, en l'explorant avec le doigt; l'ampoule rectale se gonfle quand l'enfant fait des efforts.

Lorsqu'on est arrivé sur l'intestin, on le saisit avec une pince érigne, ou mieux on passe à travers une ou deux anses de fil; avec le doigt, on le décolle un peu des parties voisines, pendant qu'on l'attire doucement, et on l'amène au voisinage de l'anüs. On ouvre alors l'intestin, et à l'aide des fils qui le traversent et que l'on a eu



soin de ne pas sectionner en l'ouvrant, fils dont on arme les deux chefs d'aiguilles pour leur faire traverser les lèvres de la plaie périnéale, on cout la muqueuse à la peau. On ajoute ensuite un certain nombre de points de suture, et enfin on ferme en avant et en arrière les extrémités de la plaie cutanée par une suture isolée. Martin (jeune) recommandait d'ouvrir d'abord l'intestin au niveau de l'S iliaque et par cette ouverture d'introduire un instrument

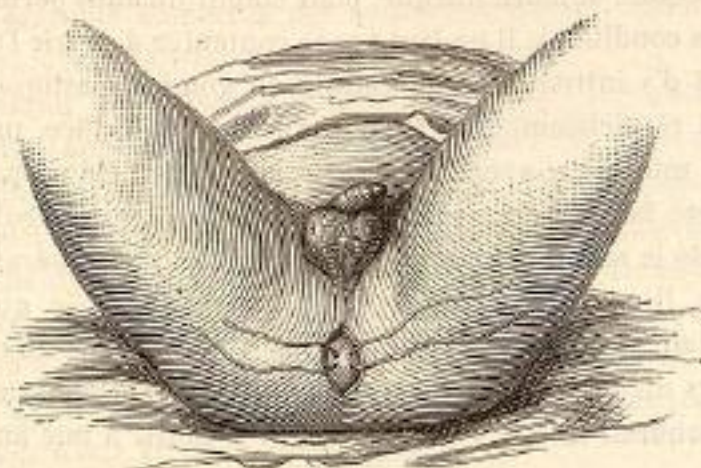


Fig. 341. — Imperforation du rectum. Proctoplastie.

destiné à faire saillir l'ampoule rectale et, au besoin, à perforer les fissus et à venir apparaître au périnée. C'est là une pratique dangereuse.

Lorsque l'anus est bien conformé et que le rectum est obstrué par une cloison transversale à une hauteur telle qu'il soit rationnellement possible de rétablir les voies normales, on incisera crucialement cette cloison et on excisera les lambeaux. Quand elle siège immédiatement au-dessus de l'anus, l'opération sera des plus simples; on fixera par la suture la partie inférieure de l'intestin sur le point où le cul-de-sac a été excisé; mais si l'obstacle siège plus haut, il faudra, pour manœuvrer plus facilement, inciser le périnée en avant et en arrière de l'anus. La cloison détruite, on abaissera la partie sus-jacente de l'intestin, et quelques points de suture la maintiendront en rapport avec l'anus préalablement avivé. Une suture fermera également la fente périnéale en avant et en arrière.

Malgaigne, après avoir fendu l'anus en avant, divisait crucialement le fond du cul-de-sac, excisait les angles postérieurs, avivait du côté de l'anus les angles antérieurs et les cousait à la peau.

Dans le cas où le rectum s'ouvre dans le vagin sur un point très-élevé, on pourra être forcé de pratiquer deux opérations distinctes, l'une pour ouvrir l'orifice anal, l'autre pour boucher l'ouverture recto-vaginale. Mais si l'ouverture n'est pas très-élevée, mieux vaudra suivre le procédé de Giralès ou celui de Nélaton. Giralès incise le périnée et, après avoir isolé l'ampoule rectale, il l'ouvre et la réunit à la peau par la suture; ensuite il divise, avec les ciseaux, l'angle antérieur jusqu'à l'entrée du vagin, et, après avoir avivé les bords de l'ouverture muqueuse, il réunit la plaie par la suture. Il se sert de fils métalliques. Le procédé de Nélaton consiste à pratiquer une incision cruciale au périnée sans intéresser la cloison recto-vaginale ni la fourchette. Par cette incision on va à la recherche du rectum; avec un bistouri ou mieux avec des ciseaux courbes on sépare le rectum du vagin au niveau de l'orifice anormal. On n'a plus ensuite qu'à l'attirer de haut en bas, à l'ouvrir et à fixer la muqueuse rectale à la peau comme dans le procédé de proctoplastie que j'ai décrit ci-dessus. On n'a pas ainsi à se préoccuper de fermer la fistule recto-vaginale.

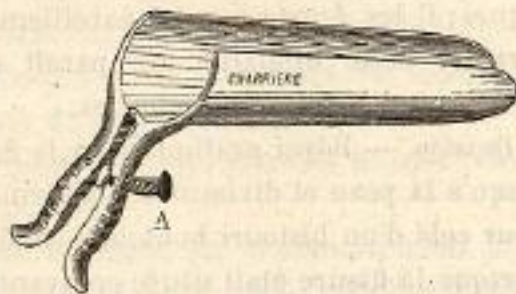


Fig. 342. — Spéculum anal à vis de Ricord.

On peut traiter d'une façon analogue les cas où chez le petit garçon l'intestin s'ouvre au niveau des bourses ou à la partie inférieure de la verge. Si l'abouchement a lieu sur un point plus élevé de l'urètre ou dans la vessie, il faut procéder comme dans les cas d'imperforation véritable du rectum.

§ 2. **Végétations vénériennes de l'anus.** — Lorsqu'elles sont peu volumineuses, on les attaque avec l'acide chromique, le nitrate acide de mercure, etc.; si elles sont plus grosses, on les traite par la cautérisation au fer rouge, à la pâte de Canquoin, par l'excision, l'écrasement linéaire ou la ligature extemporanée, procédés bien pré-



férables à la ligature permanente qui détermine de vives douleurs.

Après l'ablation de ces tumeurs par l'excision ou l'écrasement, il est bon de cautériser profondément le derme sur lequel elles étaient implantées.

§ 3. **Fissure à l'anus.** — Le traitement chirurgical de la fissure à l'anus comprend la dilatation forcée, l'incision, l'excision, l'écrasement linéaire.

Le malade doit être couché sur le côté et chloroformé. Il est nécessaire, comme toutes les fois qu'on pratique une opération sur le rectum, de vider préalablement cet intestin en faisant donner au malade un lavement qu'il doit avoir rendu avant qu'on l'opère.

La dilatation forcée se fait de la manière suivante : le chirurgien introduit successivement dans le rectum ses deux pouces ou bien ses deux index préalablement enduits de cérat. Il tourne ces doigts de façon qu'ils se regardent par leur face dorsale et les introduit un peu au delà du sphincter externe, puis les écarte transversalement jusqu'à ce qu'ils rencontrent les tubérosités sciatiques; il les écarte ensuite pareillement dans le sens antéro-postérieur. Cette dilatation me paraît se faire plus commodément avec les index qu'avec les pouces.

*Incision.* — Boyer pratiquait sur la fissure une incision s'étendant jusqu'à la peau et divisant complètement le sphincter. Il se servait pour cela d'un bistouri boutonné conduit sur l'indicateur gauche. Lorsque la fissure était située en avant ou en arrière, il ne la comprenait pas dans l'incision; une mèche était laissée à demeure après l'opération.

Blandin a eu recours à l'incision sous-cutanée; à travers une piqûre faite à la peau il introduisait un ténotome qu'il portait jusque sous la muqueuse rectale, le guidant sur un doigt introduit dans le rectum. Puis le tranchant de l'instrument était dirigé en dehors, et l'opérateur sectionnait le sphincter.

*Excision.* — Jobert excisait la fissure ou plutôt la partie qui supporte la fissure.

*Écrasement linéaire.* — Chassaignac, à l'aide d'un trocart enfoncé au pourtour de l'anus pour venir saillir dans le rectum à un centimètre et demi ou deux centimètres de cet orifice, conduit la chaîne d'un écraseur qui, ressortant par l'orifice anal, embrasse plus ou

moins complètement le sphincter. Le chirurgien divise alors ce muscle avec l'écraseur.

Gosselin pratique une opération qui consiste à combiner la dilatation et l'incision; il dilate légèrement avec les index, puis fait sur la fissure une incision comprenant le quart environ de l'épaisseur du sphincter.

L'incision de Boyer a, paraît-il, quelquefois donné lieu à de graves hémorrhagies; l'excision de Jobert est d'une efficacité douteuse. En somme, la dilatation forcée est le procédé d'élection, car il jouit du triple avantage d'être facile à pratiquer, sans danger et efficace.

§ 4. **Fistules à l'anus** (fig. 343). — Je rappellerai que les fistules à l'anus se divisent en fistules complètes, qui ont un orifice cutané et un orifice muqueux, fistules borgnes externes, qui n'ont qu'un orifice cutané, et fistules borgnes internes, qui ne s'ouvrent que sur la muqueuse rectale.

On peut étudier simultanément la thérapeutique des fistules complètes et des fistules borgnes externes, d'autant mieux que, lorsqu'on est obligé d'en venir à une opération, on complète la fistule borgne externe en perçant avec une sonde cannelée les tissus qui séparent de la cavité rectale le cul-de-sac du trajet fistuleux.

Voyons donc la série des moyens employés pour les fistules complètes et borgnes externes.

La compression pour laquelle Bermond (de Bordeaux) avait inventé une double canule dont la partie externe était pourvue d'une chemise destinée à recevoir un tamponnement, n'est pas employée.

Les injections iodées peuvent être mises en usage, mais sans grand espoir de succès, surtout pour les fistules complètes.

La cautérisation n'est plus usitée. La ligature, employée par les anciens, est tombée en désuétude à juste titre; c'est un procédé lent et douloureux.

Les procédés opératoires aujourd'hui usités sont : l'incision, l'excision, l'écrasement linéaire, la ligature extemporanée.

L'incision se pratique de la façon suivante : le malade étant couché sur le côté où s'ouvre la fistule, le membre inférieur correspondant est mis dans la flexion, l'autre, dans l'extension; un aide placé en face écarte les fesses.

Le chirurgien introduit par l'orifice externe de la fistule une



sonde cannelée, susceptible de se plier, qu'il fait arriver dans la cavité du rectum; puis il en ramène le bout à l'extérieur et le fait ressortir par l'anus, en allant au besoin le chercher avec l'index de la main gauche. L'extrémité de la sonde ramenée à l'extérieur, le chirurgien n'a plus qu'à diviser les tissus qu'elle soulève, en faisant glisser le bistouri sur la cannelure, le tranchant dirigé vers la sonde ou bien regardant au contraire le rectum (fig. 343).

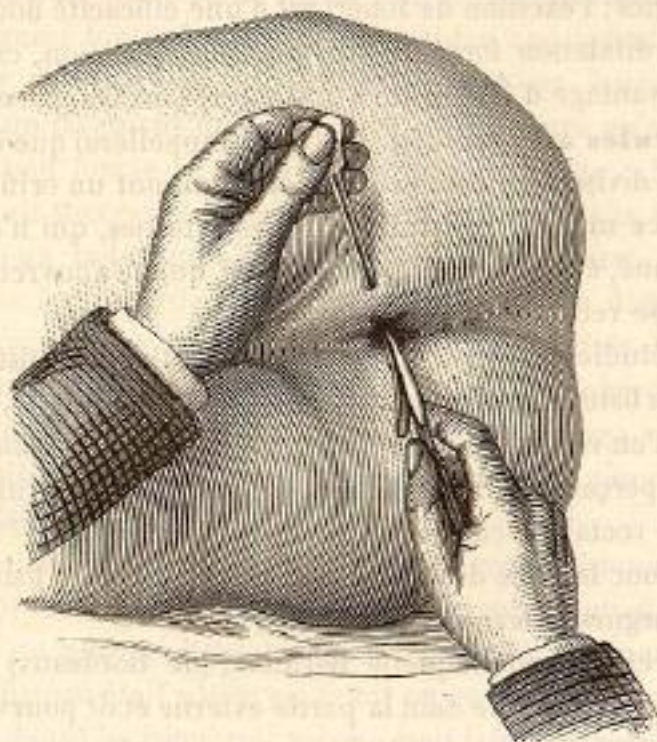


Fig. 343. — Fistule à l'anus.

On a inventé pour cette opération un instrument appelé syringotome, qui se compose d'un bistouri courbe et d'un stylet d'argent ajouté à l'extrémité de la lame d'une manière fixe ou bien par une articulation. Le stylet engagé dans la fistule et ressortant à l'extérieur, on n'a qu'à pousser le bistouri.

C'est là une petite complication instrumentale qui n'a pas de bien grands avantages.

Lorsqu'en raison de l'élévation de l'orifice interne de la fistule il est impossible de ramener à l'extérieur l'extrémité de la sonde cannelée, on peut recourir au procédé de Desault qui introduisait dans le rectum un gorgere en bois terminé par un cul-de-sac dans la

concavité duquel venait se placer le bout de la sonde. Ce gorgere tenu par un aide, le chirurgien divise les tissus compris entre l'intestin et la fistule à l'aide d'un bistouri qu'il fait glisser de haut en bas sur la cannelure de la sonde. On s'assure que tout a été divisé en retirant en même temps la sonde et le gorgere sans les séparer. Lorsqu'il reste un pont de tissu intact, cette manœuvre n'est pas possible.

L'opération faite, si on s'aperçoit qu'on a laissé subsister à la partie supérieure une partie décollée, on l'incise avec des ciseaux. Mais quand le trajet fistuleux remonte jusque dans le voisinage du péritoine il faut ou s'abstenir et attendre, ou bien recourir à la méthode par pincement de Gerdy, c'est-à-dire, recourir à l'application de l'entérotome dont les deux branches placées, l'une dans le décollement, l'autre dans la cavité rectale, embrassent la partie décollée.

Quand on a reconnu de prime abord que la fistule remonte très-haut, on peut suivre le procédé employé par Richet, procédé qui consiste à opérer la partie inférieure du trajet fistuleux par le procédé ordinaire, et pour la partie supérieure à appliquer de suite l'entérotome. En supposant qu'on arrive jusqu'au péritoine avec cet instrument, son application déterminerait des adhérences et ne produirait pas d'accidents bien sérieux. Il en serait tout autrement, si l'on se servait des ciseaux.

Dans les cas où il existe des trajets multiples, on incise ces trajets avec le bistouri conduit sur la sonde cannelée ou bien avec des ciseaux.

*Excision.* — Cette méthode, qui est fort ancienne, se pratique de deux façons différentes. On peut en effet, et c'est ainsi que l'on agit le plus souvent, opérer la fistule par incision, puis saisir avec une pince à griffes les lèvres de la plaie et en exciser une partie, ou bien exciser toute la fistule. Voici comment le professeur Richet fait l'excision, qui est son procédé de choix : il place dans la fistule une sonde cannelée qu'il fait ressortir par l'anus. Il serre les tissus sur la sonde à l'aide de deux pinces à arrêt faites comme des pinces à pansement; puis, avec un bistouri, il excise les tissus un peu au delà des mors des pinces, de façon à enlever la sonde cannelée avec le trajet fistuleux.