

issue facile du côté de l'intestin, soit que l'orifice interne manque, soit qu'il soit trop étroit. Il y a alors rétention du pus et apparition de douleurs, qui durent jusqu'au moment où la suppuration trouve de nouveau à se frayer un passage vers la peau ou l'intestin.

Les malades atteints de fistules, redoutant la défécation et les douleurs qui en sont la conséquence, ne se présentent que très rarement à la selle; de là constipation et divers troubles généraux, tels que dyspepsie, céphalalgie, auxquels s'ajoutent parfois des douleurs au niveau du sacrum, dans les lombes, l'abdomen et les cuisses.

Les fistules *borgnes internes* sont rarement reconnues de bonne heure; les malades, en effet, rapportent généralement les douleurs qu'ils éprouvent à des hémorroïdes, et ce n'est le plus souvent que lorsqu'ils constatent la présence du pus dans leurs garde-robes qu'ils se décident à consulter le chirurgien. Dans cette variété de fistules, les douleurs sont généralement plus vives que dans les fistules borgnes externes ou complètes. Ce phénomène tient tantôt à ce que le pus trouve obstacle à son écoulement par suite de l'oblitération momentanée de l'orifice interne, tantôt à ce que les matières, surtout si elles sont liquides, passant dans le trajet, déterminent des poussées inflammatoires et la formation de trajets nouveaux. Lorsque le fond du foyer arrive à la peau et s'y ouvre, la fistule borgne interne se transforme en fistule complète.

DIAGNOSTIC. — Quoiqu'il semble extrêmement difficile de méconnaître une fistule à l'anus, les erreurs de diagnostic ne sont pas excessivement rares. On a vu des malades atteints de fistules à l'anus être traités pendant de longues années pour une affection de la peau, en raison du prurit anal intense dont ils souffraient, et qui était simplement dû à l'irritation produite par la sécrétion incessante du trajet fistuleux.

Dans d'autres circonstances, des fistules urinaires, siégeant au voisinage de l'anus, ont été prises pour des fistules anales vraies. Cette erreur est cependant facile à éviter: en effet, les suintements de la fistule urinaire présentent l'odeur caractéristique de l'urine et augmentent généralement de quantité au moment de la miction; si l'on introduit un stylet dans le trajet fistuleux, cet instrument, au lieu de se rapprocher du rectum, en reste séparé par une plus ou moins grande épaisseur de tissus et se dirige du côté de l'urètre ou de la vessie; enfin la fistule urinaire coïncide presque toujours avec un rétrécissement urétral ou une autre altération des voies urinaires.

Disons, pour terminer ce qui a trait au diagnostic différentiel, que quelques chirurgiens ont été assez inattentifs dans l'examen des malades pour traiter comme fistule anale simple une fistule symptomatique d'un cancer du rectum, siégeant à quelques centimètres au-dessus de l'orifice anal.

Mais le diagnostic ne doit pas se borner à reconnaître l'existence d'une véritable fistule à l'anus; il doit encore chercher, d'une part à déterminer si la fistule est complète ou incomplète, et, dans ce dernier

cas, si elle est borgne externe ou borgne interne; d'autre part, à préciser le siège de la lésion qui a présidé au développement de l'affection. Il est, en effet, très important de savoir si la fistule est pelvi-rectale inférieure, pelvi-rectale supérieure, ou a une origine ostéopathique. L'exploration directe éclairera le chirurgien sur ces diverses questions.

Le malade étant mis dans la situation convenable, le chirurgien examine avec soin le pourtour de l'anus, et s'il découvre un orifice fistuleux, il sait déjà qu'il a affaire à une fistule ou complète ou borgne externe. Quelquefois cependant l'orifice externe échappe, soit parce qu'il est très petit, soit parce qu'il est caché dans les plis de l'anus, soit encore parce que l'exploration a lieu dans un de ces moments où l'orifice extérieur est fermé. Dans ce cas, en explorant le pourtour de l'anus avec l'index, on sentira à travers la peau une sorte de cordon dur qui indiquera la situation et la direction du trajet fistuleux. Si l'on pratique alors le toucher rectal au moyen du doigt indicateur gauche, préalablement graissé d'huile ou mieux de cérat, on trouvera presque toujours l'orifice interne, s'il existe, et on le reconnaîtra à la présence d'une induration circonscrite ou d'une dépression plus ou moins prononcée de la muqueuse. Quelquefois l'orifice interne n'est pas appréciable au toucher, et son existence n'est révélée que par une douleur un peu vive que la pression du doigt détermine à son niveau.

Ces renseignements obtenus, il faut introduire de la main droite un stylet ou une sonde cannelée dans l'orifice externe, et ne le pousser qu'avec une grande légèreté de main, de manière à lui laisser trouver seul sa voie. Souvent il arrivera droit dans l'intestin, et le doigt placé dans le rectum trouvera à nu l'extrémité de l'instrument, ce qui indique l'existence d'une fistule *complète*. S'il y a interposition d'une certaine épaisseur de parties molles entre le doigt et le stylet, et que l'on ne puisse constater immédiatement la situation de l'orifice interne, il faut promener le stylet dans différentes directions et dans tous les points dénudés du rectum, en parcourant avec soin toutes les sinuosités, tous les clapiers du foyer. En procédant ainsi, le stylet s'engagera quelquefois dans un orifice interne qui avait échappé au début. Mais il faut aussi se rappeler que le décollement de la muqueuse déborde souvent de beaucoup l'orifice muqueux, et que le stylet engagé dans la fistule va souvent chercher l'orifice interne dans un point beaucoup trop élevé. On devra donc se rappeler que l'orifice interne est ordinairement situé juste au-dessus du sphincter externe. Si malgré une investigation attentive on n'est pas parvenu à sentir le stylet à nu dans le rectum, il n'en faut pas conclure tout de suite que la fistule est borgne externe, car il se peut faire que l'orifice soit trop petit pour laisser passer l'instrument, ou que le hasard ait mal servi l'explorateur. On est quelquefois plus heureux à une seconde exploration.

On pourrait encore avoir recours aux injections de lait ou d'eau colorée avec un peu d'encre ou de vin. On les pratique avec une petite



seringue dont on introduit la canule dans l'orifice externe. Tandis qu'on pousse l'injection, un aide écarte fortement les fesses et regarde si le liquide sort par l'anus. En cas de résultat négatif, avant de conclure qu'il s'agit d'une fistule borgne externe, il faut faire la contre-épreuve, qui du reste réussira rarement, en essayant de faire passer l'injection colorée du rectum dans le trajet fistuleux.

S'il y a plusieurs orifices externes, il faut rechercher les trajets qui correspondent à chacun d'eux, et les relations qu'ils présentent entre eux et avec le rectum.

Il importe aussi de se rendre compte de l'étendue des décollements de la muqueuse rectale, et, à cet égard, on devra se mettre en garde contre la possibilité de confondre une fistule ordinaire ou pelvi-rectale inférieure, accompagnée de décollement de la muqueuse, avec une fistule *pelvi-rectale supérieure*. Les éléments du diagnostic reposent sur les connaissances suivantes : les fistules pelvi-rectales supérieures passent en dehors des sphincters et s'ouvrent le plus souvent sur les côtés de l'anus, à plusieurs centimètres de son orifice. Comme ces fistules sont ordinairement borgnes externes et en communication avec un réservoir purulent situé au-dessus du releveur de l'anus, il en résulte que le pus est plus abondant que dans les fistules ordinaires et s'écoule exclusivement par l'orifice cutané. Si l'on pratique le toucher rectal en poussant le doigt le plus haut possible, on ne reconnaît aucun orifice interne; mais si, de ce même doigt, on presse la paroi rectale dans la direction où aboutit le trajet, on vide le clapier supérieur et l'on donne lieu généralement à un écoulement notable de pus très fétide et hors de proportion avec ce que pourrait fournir un simple trajet. Le même résultat ne peut être obtenu de nouveau qu'après un assez long intervalle.

On constate encore que le stylet, ou mieux la sonde cannelée introduite par l'orifice cutané, pénètre à une profondeur beaucoup plus considérable que dans les fistules pelvi-rectales inférieures, à moins que, ce qui est assez fréquent, l'instrument ne soit arrêté par des inflexions, des brides situées le long du trajet. La longueur moyenne de ces fistules est de 11 centimètres. En outre, on constate que le doigt introduit dans le rectum est séparé du cathéter par une épaisseur considérable de parties molles, et que, par conséquent, il ne s'agit plus ici, comme dans les fistules anales ordinaires, d'un simple décollement de la muqueuse, mais d'un trajet passant au milieu du tissu cellulaire péri-rectal épaissi, en dehors de toutes les tuniques du rectum.

Les fistules à l'anus d'origine *ostéopathique* sont des plus rares; voici les caractères principaux qui permettront de les distinguer des fistules anales vraies. Elles sont peu nombreuses; il n'en existe presque jamais plus d'une ou deux. Leur origine peut presque toujours être rapportée à un traumatisme, à une chute; leur début est des plus insidieux, et des douleurs vagues, au niveau des os malades, précèdent longtemps l'apparition du pus; l'abcès se comporte comme un abcès froid et

s'ouvre à la marge de l'anus sans appareil symptomatique aigu. Cette ouverture a lieu le plus souvent dans l'intervalle qui sépare l'anus de la pointe du coccyx, tandis que les fistules anales vraies siègent le plus généralement sur les côtés de l'orifice anal; nous devons cependant faire une exception pour les fistules ostéopathiques symptomatiques d'une carie de l'ischion. En outre, la direction de leur trajet n'est jamais directement ascendante, mais oblique de dedans en dehors, et cela d'autant plus que l'orifice externe est plus rapproché de l'anus. Le diagnostic sera établi si la sonde arrive sur l'os malade. Dans les cas douteux, une douleur réveillée par la pression, en un point déterminé du squelette, l'abondance de la suppuration, sa fluidité, son mélange à un détrit de sels calcaires, seront des phénomènes de nature à faire penser à une suppuration d'origine osseuse. Si, outre ces signes, on a, par le toucher rectal, découvert un orifice dans le rectum, ce ne sera pas une raison pour croire à une fistule anale simple. Car la perforation du rectum est une complication assez fréquente des fistules ostéopathiques. Enfin, un dernier élément du diagnostic réside dans le fait que ces fistules guérissent souvent spontanément après l'expulsion d'un séquestre.

Jusqu'ici, nous avons supposé l'existence d'un ou de plusieurs orifices extérieurs; il nous reste à indiquer les signes au moyen desquels on pourra arriver à reconnaître la présence d'une fistule *borgne interne*.

Ce diagnostic est souvent difficile et c'est chose assez fréquente que de voir ces fistules rester méconnues pendant un temps considérable.

On constatera parfois que les matières fécales sont recouvertes d'une couche de pus plus ou moins épaisse et que la défécation est très douloureuse. D'autres fois, on pourra, par des pressions exercées sur le pourtour de l'anus, déterminer un certain degré de douleur et constater, en même temps, une induration circonscrite des parties molles péri-anales, ou au contraire un certain degré de mollesse qui indiquera le fond d'un trajet. Ces mêmes pressions pourront, en outre, avoir pour conséquence de faire refluer une certaine quantité de pus par l'orifice anal.

Par le toucher rectal on pourra reconnaître une dépression, une inégalité ou une élévation indurée, au centre de laquelle se trouve un orifice. En glissant alors un stylet d'argent recourbé en crochet, que l'on guide avec le doigt jusqu'à l'orifice présumé de la fistule, il sera parfois possible de l'engager dans l'ouverture et de faire proéminer du côté du tégument le fond du cul-de-sac fistuleux.

Enfin, si l'orifice interne échappe au toucher, on pourra chercher à le découvrir au moyen du spéculum de Sims.

PROGNOSTIC. — La fistule à l'anus n'est pas une affection grave et constitue bien plutôt une incommodité qu'un véritable danger. Les malades peuvent la conserver des années sans éprouver beaucoup de douleur ni d'ennuis, à part les soins de propreté incessants auxquels cette maladie les astreint.



Les fistules borgnes externes sont, de toutes, celles que l'on peut respecter avec le plus de raison, car, quoique le fait soit très rare, elles sont susceptibles de guérison spontanée. Les fistules borgnes internes, les complètes, et surtout celles qui sont compliquées de callosités, de décollements de la muqueuse, de clapiers étendus, sont plus graves; car les suppurations prolongées qui les accompagnent ne sont pas sans exercer une influence fâcheuse sur la nutrition générale, et sans exposer le malade à des poussées inflammatoires, qui peuvent devenir l'origine d'accidents fâcheux, tels que l'érysipèle et l'infection purulente.

TRAITEMENT. — Quoique l'on cite un certain nombre de fistules guéries sans opération, ces cas sont trop peu nombreux pour autoriser le chirurgien à attendre la guérison par les efforts seuls de la nature. Ce serait exposer le malade à une aggravation, soit dans son état général, soit dans son état local. Le trajet fistuleux peut s'ulcérer en différents points et donner lieu à de nouveaux abcès, à de nouveaux décollements qu'on aurait évités en opérant de bonne heure. Même les petites fistules, surtout quand elles sont périnéales ou dorsales, doivent être l'objet d'un traitement attentif, car souvent de leur profondeur part un autre trajet qui remonte quelquefois très haut dans l'intestin et qu'on ne reconnaît qu'après avoir incisé la petite fistule extérieure.

La seule contre-indication opératoire est relative aux fistules qui, pour une raison ou pour une autre, ont passé à l'état d'inflammation aiguë, car l'insuccès serait certain. Il faut alors se borner à pratiquer de larges débridements et attendre pour l'opération que la cavité des abcès diminue et que la formation des trajets nouveaux soit terminée.

Doit-on opérer les sujets atteints de tuberculose pulmonaire? C'est là une question très controversée. Beaucoup d'auteurs pensent que la guérison d'une fistule à l'anus chez un tuberculeux peut activer la marche des tubercules, et considèrent l'affection anale comme un émonctoire utile au malade et dont la suppression peut être dangereuse. D'autres craignent, en opérant les malades tuberculeux, de créer une plaie qui ne se cicatrisera pas, et de produire une nouvelle surface suppurante qui contribuera à épuiser le malade.

Chassaignac professe une opinion diamétralement opposée: « Nous pensons, dit-il, que la phthisie, au lieu d'être une contre-indication de l'opération de la fistule anale, réclame très impérieusement l'action chirurgicale, et ceux qui regardent avec nous toute cause d'affaiblissement comme l'une des principales prédispositions à la phthisie et comme aggravant la situation des malades, penseront qu'on ne saurait tarir trop tôt un foyer de douleur, de suppuration et d'épuisement. »

Quant à nous, nous doutons que la guérison de la fistule à l'anus puisse avoir une action sur la marche de l'affection thoracique; aussi, tout en reconnaissant qu'il serait pour le moins inutile d'opérer un malade atteint de phthisie très avancée ou à marche rapide, nous pen-

sons que, dans les autres circonstances, les malades ne pourront que bénéficier de la guérison de leur fistule rectale.

Ceci posé, nous examinerons successivement les divers moyens thérapeutiques proposés contre les fistules à l'anus, et dans cet exposé nous conserverons les divisions établies précédemment.

1° *Traitement des fistules pelvi-rectale inférieures.* — Je citerai seulement pour mémoire les *onguents* et les *pommades* portés dans le trajet fistuleux. Ces topiques, malgré leur peu d'efficacité, furent cependant en honneur jusqu'à Louis XIV. Il ne fallut pas moins que l'éclatant échec de l'*emplâtre de Manus Dei*, appliqué sur la fistule du grand roi, pour faire perdre aux pommades leur antique réputation.

Je n'insisterai pas davantage sur la *compression* exercée de dehors en dedans ou de dedans en dehors, à l'aide d'un tampon quelconque introduit dans le rectum, dans le but de rapprocher les parois opposées du trajet fistuleux et de favoriser leur recollement. L'inefficacité de ce moyen, qui même n'est pas exempt d'inconvénients, l'a fait universellement rejeter.

La *cautérisation*, fréquemment employée autrefois, est généralement abandonnée aujourd'hui. Elle consistait à toucher l'orifice externe avec l'azotate d'argent, le fer rouge, ou à introduire dans le trajet des caustiques solides. Gaujot, chirurgien au Val-de-Grâce, a encore récemment préconisé l'introduction d'une flèche de pâte de Canquoin dans le trajet fistuleux. Cette méthode est irrationnelle et dangereuse; elle agit avec lenteur et cause le plus souvent des douleurs excessives; elle a une action très incertaine et expose à détruire des parties saines, qu'il serait utile de ménager. En outre, les brûlures, dans cette région, guérissent difficilement et peuvent donner lieu à des phlegmons ou à des cicatrices vicieuses.

La méthode des *injections irritantes*, qui consistait à injecter dans le trajet fistuleux des liquides irritants, ne paraît guère plus heureuse. Les injections d'eaux minérales, telles que celles de Barèges, de Bourbonne, ont joui, à une certaine époque, d'une grande réputation; mais on sait que les malades qui furent envoyés à ces stations thermales par Louis XIV, pour en expérimenter les vertus, revinrent avec leurs fistules sans la moindre amélioration.

De nos jours, Boinet a proposé avec insistance les injections de teinture d'iode, dans les proportions de 1 partie de cette teinture pour 2 parties d'eau, avec addition d'une petite quantité d'iodure de potassium. L'injection est pratiquée au moyen d'un stylet creux percé latéralement à son extrémité, qu'on introduit dans le trajet fistuleux et auquel on adapte la canule d'une petite seringue, en verre ou en ivoire, chargée de la solution iodique. Pour obtenir de l'injection iodée les bienfaits que l'on en attend, il faut prolonger son séjour dans le trajet fistuleux pendant plusieurs minutes. Si la fistule est complète, on introduira un doigt dans le rectum pour fermer l'orifice interne et em-



pêcher le liquide de pénétrer dans l'intestin. On recommence l'injection tous les cinq ou six jours, jusqu'à ce que la guérison s'ensuive.

Ces injections iodées peuvent être essayées chez certains phthisiques, dont l'état ne permet pas de pratiquer une opération, ou encore dans les cas de fistules sous-musculaires, où la méthode par incision donnerait lieu à une grande plaie et exposerait le malade à l'incontinence des matières fécales.

Cependant, on ne doit pas ignorer que les injections iodées présentent de graves inconvénients. Dans les cas de fistule complète, il est fort difficile d'empêcher la pénétration du liquide dans le rectum à travers l'orifice interne, et le contact de la teinture d'iode sur la muqueuse rectale occasionne pour quelques heures un ténesme quelquefois insupportable. Dans les fistules borgnes externes, où cette méthode semblerait d'une application plus légitime, on a été également obligé d'en rejeter l'emploi, en raison de la longueur du traitement, qui dure plusieurs semaines, et des douleurs vives qui se prolongent pendant quelques heures après chaque injection. En outre, la guérison est très rarement obtenue, et l'on est finalement obligé d'avoir recours à d'autres moyens.

L'*excision* fut longtemps l'opération la plus généralement pratiquée. Une sonde flexible ayant été introduite par l'orifice externe jusque dans le rectum, on rapproche les deux extrémités de la sonde et, soulevant ainsi la fistule, on excise toutes les parties situées en arrière. Cette méthode, encore pratiquée par le professeur Richet, dans les cas de fistules compliquées de callosités profondes et étendues, est généralement abandonnée, car elle est très douloureuse et expose plus que toute autre à des hémorrhagies, à l'infection purulente et au rétrécissement consécutif du rectum.

*Incision.* — Cette opération, qui remonte à Hippocrate, est encore actuellement la méthode la plus généralement mise en usage. Un très-grand nombre de procédés opératoires s'y rattachent, suivant que l'on se sert du bistouri ordinaire, du syringotome, du thermocautère, de l'écraseur linéaire ou de l'anse galvanique.

A. *Procédé ordinaire.* — La veille on prescrit un purgatif et le matin même on aura le soin de faire prendre un lavement. Le malade étant placé comme nous l'avons indiqué pour l'exploration du rectum, maintenu par des aides, et soumis, s'il le désire, aux inhalations de chloroforme, puis la région anale débarrassée des poils par le rasoir, le chirurgien procède de la manière suivante :

Une sonde cannelée, en argent, sans cul-de-sac, est conduite directement sur un stylet dans la fistule, la traverse et est ramenée à l'anus. Un doigt introduit dans le rectum peut faciliter ce premier temps en accrochant l'extrémité de la sonde et la ramenant en dehors de l'anus. Si la fistule est borgne externe ou si, étant complète, il est impossible de découvrir l'orifice interne, on devra perforer la muqueuse avec

l'extrémité de la sonde. Il ne reste plus alors qu'à engager la pointe d'un bistouri dans la rainure de l'instrument et à inciser tous les tissus d'un seul coup, c'est-à-dire la peau, l'intestin et l'anus.

Si l'orifice interne ou le décollement remonte à une certaine hauteur, l'emploi du gorgeret devient nécessaire si l'on ne veut pas s'exposer à produire des dilacérations de l'intestin avec le bistouri. On traverse la fistule avec la sonde cannelée sans cul-de-sac, puis on introduit le gorgeret en bois enduit de cérat sur sa convexité, la gouttière tournée du côté de la fistule. Le gorgeret étant maintenu par un aide, on engage l'extrémité de la sonde dans sa cannelure, et on divise avec le bistouri toutes les parties molles comprises entre les deux instruments. Pour être bien certain que la division est complète, on retire ensemble, dans la position où ils se trouvent, la sonde et le gorgeret. Si quelque portion a échappé à la section, il faut recommencer la même manœuvre jusqu'à ce que la cavité fistuleuse et celle du rectum n'en forment plus qu'une seule.

Une fois l'incision faite, on sectionne, à l'aide de ciseaux dirigés sur le doigt indicateur, les portions de muqueuse décollées et flottantes. La destruction de ces lambeaux n'est pas toujours sans danger; aussi Gosselin est-il d'avis de ne pas inciser plus haut que le doigt ne peut atteindre, dans la crainte de léser le péritoine. Il a, dit-il, vu plusieurs fois la partie profonde de ces décollements lointains se cicatriser sans avoir été incisés, sous l'influence de la compression exercée par les mèches.

Le chirurgien doit toujours rechercher avec le doigt si, à côté du trajet principal, il n'en existe pas d'autres se dirigeant du côté du rectum ou sous la peau. S'il en trouve, il doit les inciser à leur tour. Quant à la peau, si elle est décollée, il doit non-seulement la fendre, mais encore l'exciser, afin de rendre la plaie plate; cependant, dans bon nombre de cas, il importe d'agir avec sobriété et de ne pas faire une plaie qui resterait trop longtemps à se cicatriser.

Ce que nous venons de dire des fistules complètes s'applique en tous points aux fistules *borgnes externes*; l'intestin doit être percé comme dans le cas où l'on ne trouve pas l'orifice interne de la fistule.

Pour opérer les fistules *borgnes internes*, on introduit dans l'orifice interne de la fistule un stylet recourbé en forme de crochet dont on fait saillir la pointe sous la peau; puis on incise sur ce dernier point, de manière à transformer la fistule borgne interne en une complète, que l'on fend de suite d'après les règles que nous avons établies plus haut.

Les fistules situées à la partie antérieure de l'anus exigent une certaine attention, de manière à ne pas intéresser la prostate, la vessie ou l'urèthre. De même, chez la femme, quand l'orifice externe se trouve à la racine des grandes lèvres, ou bien entre la fourchette et la commissure postérieure de la vulve, on doit craindre de dépasser par en haut