

son état est si pitoyable, qu'une opération même dangereuse est parfaitement justifiée si elle offre quelque chance de guérison. (Voir le traitement de la gangrène herniaire.)

§ 147. — Dans le **traitement de la fistule stercorale et de l'anüs contre nature** la tâche du chirurgien, dans un certain nombre de cas, consiste tout d'abord à écarter certains dangers qui peuvent menacer les jours du malade. Sous ce rapport nous avons surtout à mentionner le danger d'une rétention des matières fécales dans le bout supérieur de l'intestin, lorsque l'ouverture conduisant dans le bout inférieur s'est fermée, tandis que, d'autre part, il est survenu un rétrécissement de l'orifice externe de la fistule. Lorsque dans ce cas, on réussit à introduire une sonde dans la fistule, on parvient généralement à évacuer peu à peu par des injections le contenu de l'intestin. Puis la fistule est dilatée et maintenue perméable à l'aide de bougies, de tiges de laminaria, etc. Les débridements doivent être évités à cause du danger de l'ouverture du péritoine; en tous cas on ne fera que de petites incisions superficielles à la périphérie de l'orifice fistuleux. On est aussi parfois obligé d'avoir recours au débridement dans les cas d'étranglement de l'intestin en prolapsus, si l'on veut éviter la gangrène de la partie prolabée. DIEFFENBACH pratiquait dans ce but une ou plusieurs incisions intéressant essentiellement la peau à la limite entre cette dernière et la muqueuse.

L'intestin en prolapsus est le plus souvent réductible, alors même qu'il est déjà tuméfié; lorsque la réduction ne peut être opérée, on cherche d'abord à diminuer le volume de la partie procidente par l'application de glace et la compression, puis peu à peu (en 6 ou 7 jours) on la refoule à travers la fistule dans la cavité abdominale (DESAULT).

Lorsqu'on a acquis la conviction que les surfaces séreuses de l'intestin en prolapsus ont contracté entre elles des adhérences, on a recours de préférence à l'excision de la partie qui fait saillie hors de la fistule; on peut se servir pour cette opération, qui a été déjà pratiquée, du reste, plusieurs fois, soit de la ligature élastique, soit de l'écraseur, soit simplement du bistouri et des ciseaux.

§ 148. — La **cure radicale** de la fistule stercorale et de l'anüs contre nature peut être obtenue par deux méthodes opératoires distinctes, suivant les circonstances. Lorsqu'il s'agit d'une fistule latérale sans coudure de l'intestin ni formation de valvule, on se contente d'obtenir l'occlusion du trajet fistuleux. Par contre, dès qu'il existe un obstacle de quelque importance au cours des matières du bout supérieur dans le bout inférieur (fistule avec forte coudure et formation de valvule, anüs contre nature, rétrécissement de l'intestin, atrophie du bout inférieur), le traitement doit être tout d'abord dirigé contre cet obstacle, à moins qu'on ne préfère s'adresser à la méthode opératoire qui, grâce à l'antisepsie, a pu être suivie plusieurs fois dernièrement, méthode qui consiste à faire disparaître l'obstacle au cours des matières et à fermer en même temps, par la suture, l'orifice de l'intestin, après avoir détaché ce dernier de la paroi abdominale et pratiqué une excision cunéiforme (voir traitement de la gangrène herniaire). Lorsqu'il existe un des obstacles que

nous venons de signaler, on doit bien se garder naturellement de fermer la voie anormale suivie par le contenu intestinal, car la guérison de la fistule, si on l'obtenait, ce qui, heureusement, est très rare, serait suivie de symptômes beaucoup plus graves que ceux dont s'accompagne l'anüs contre nature. D'autre part, certains cas ne se prêtent nullement à l'ancienne méthode de traitement. Lorsque le bout inférieur se trouve transformé en un cordon de tissu conjonctif et est complètement ou presque complètement oblitéré, il ne peut naturellement plus être question d'un traitement, et l'on se contentera de maintenir la fistule ouverte et de faire porter au malade un appareil bien construit destiné à recevoir les matières fécales. Dans d'autres cas, l'obstacle est dû au rétrécissement du bout inférieur de l'intestin par défaut d'usage. On peut alors pratiquer la dilatation par l'introduction de bougies ou par l'injection de liquides (DIEFFENBACH se servait, dans ce but, de la bière blanche de Berlin, riche en acide carbonique. De nos jours, on ne craindrait pas dans ces cas de pratiquer la laparotomie dans le but d'aller à la recherche de la partie rétrécie, de la découvrir dans toute sa longueur, pour en faire la résection et réunir ensuite les deux bouts de l'intestin par la suture, après avoir détaché de ses adhérences le bout supérieur qui porte l'anüs contre nature.

Mais dans la grande majorité des cas l'obstacle ou cours des matières est due à la disposition anatomique décrite plus haut de la valvule formée par le côté mésentérique de l'intestin fortement coudé; aussi, depuis longtemps déjà, les tentatives opératoires ont-elles été dirigées en vue de la destruction ou du refoulement de cet obstacle.

Avant de se décider à une opération radicale on attend, en général, un certain temps. La guérison d'une fistule non labiée, suivant le mécanisme décrit plus haut, est encore possible jusqu'à la fin du troisième mois, et d'autre part, au bout de ce temps, les conditions sont meilleures pour une intervention opératoire, car les adhérences du tissu conjonctif sont plus solides, se détruisent moins facilement à la suite de l'irritation produite par l'opération; la tendance à l'inflammation du péritoine est ainsi moins accusée. Après avoir, le cas échéant, fait disparaître le prolapsus, on cherche, autant que possible, par l'exploration digitale de la fistule, à se rendre un compte exact de la disposition anatomique des deux orifices de l'intestin. Si l'on constate l'existence d'un éperon ou valvule, on cherchera tout d'abord à éliminer cet obstacle. C'est à DESAULT que revient le mérite d'avoir formulé d'une façon précise les différentes indications; c'est à lui que nous devons les premières tentatives systématiques de destruction de l'éperon; son procédé consistait à dilater l'intestin par l'introduction de bourdonnets de charpie. Cependant les premiers essais remontent à une date plus ancienne (SCHMALKALDEN, 1795), et consistaient à inciser la cloison produite par l'éperon au moyen du bistouri ou des ciseaux. Ces deux méthodes

de traitement de l'éperon, à savoir son refoulement et sa destruction (par voie sanglante ou non) sont celles que les chirurgiens ont suivies également dans la suite.

DUPUYTREN et bientôt après lui DIEFFENBACH, se servirent d'un petit instrument en forme de béquille, dont la portion horizontale concave venait s'appuyer contre le bord tranchant de l'éperon, de façon à refouler graduellement ce dernier, à rétablir la communication entre les deux bouts de l'intestin. La tige de l'instrument était maintenue ap-

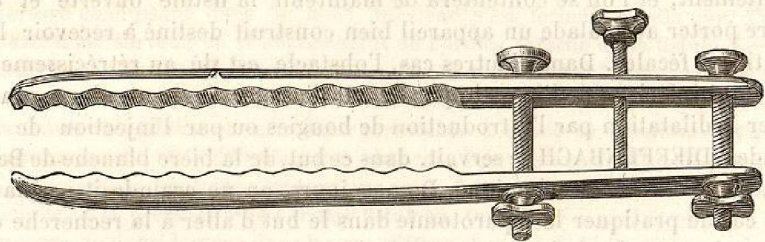


Fig. 50. — Entérotome à branches parallèles (Dupuytren).

pliquée tantôt à l'aide d'une bande roulée, tantôt au moyen d'un bandage (DIEFFENBACH).

Cette méthode de traitement est encore en usage de nos jours pour les cas dans lesquels on suppose que des portions d'intestin se trouvent logées dans le repli valvulaire et courent le risque, par conséquent, d'être saisies et blessées par les instruments dont on se sert pour pratiquer la section et la destruction de l'éperon. Si l'on veut y avoir recours, on se servira de préférence de l'appareil de DIEFFENBACH maintenu au moyen d'un bandage herniaire. Du reste cette méthode n'est pas non plus dépourvue de dangers. Des coliques et des vomissements succèdent assez souvent à l'application des instruments à béquille, et il est clair que ces derniers sont capables de produire des lésions pouvant être le point de départ d'une péritonite.

Dans la grande majorité des cas, c'est le procédé imaginé par DUPUYTREN qui s'est montré le plus pratique; ce procédé consiste à détruire une grande partie de l'éperon par l'introduction dans la fistule d'un instrument connu sous le nom d'entérotome, qui détermine par compression le sphacèle des tissus saisis entre ses branches. Cet instrument devenu célèbre est une sorte de ciseaux à branches non tranchantes, dont les bords sont ondulés de façon que les ondulations de l'un des bords correspondent aux dépressions de l'autre. Comme dans l'entrecroisement simple des branches, l'action de ces dernières n'est pas uniforme sur toute leur longueur, DUPUYTREN modifia plus tard son instrument, qu'il munit de vis disposées de façon à assurer une action parallèle des deux branches l'une contre l'autre. BLASIUS fit, en outre, creuser d'une fenêtre la branche femelle de l'instrument.

L'entérotome doit être introduit dans la fistule sous la direction du doigt, de façon que l'une des branches pénètre dans le bout inférieur, et l'autre dans le bout supérieur de l'intestin. La cloison constituant l'éperon doit être saisie sur une longueur de 6 à 7 centimètres entre les branches de l'entérotome, puis on ferme l'instrument. KOERTE conseille le procédé suivi à l'hôpital Béthanie (Berlin) et qui consiste à ne saisir à la fois qu'environ 2 centimètres de l'éperon, et à faire plusieurs applications successives de l'instrument. Lorsque la fistule est étroite, l'introduction de l'entérotome offre quelque difficulté, et il en est de même de la fermeture de l'instrument lorsque les deux bouts d'intestin ne sont pas parallèles l'un à l'autre. C'est la partie qui rétrécit sous forme de valvule le calibre de l'intestin, qu'il s'agit de comprimer entre les branches de l'entérotome; parfois les surfaces séreuses comprises dans cette valvule sont déjà soudées entre elles, de sorte qu'on ne court pas le danger d'établir une communication avec la cavité péritonéale. D'autre part, si l'adhérence n'existe pas encore, c'est l'entérotome qui est chargé de la provoquer, et elle doit être complète entre le 7^e et le 10^e jour, alors que le sphacèle de la partie comprimée est déjà survenu, et que l'entérotome est tombé spontanément ou a été retiré par le chirurgien. De temps en temps on serre plus fortement les branches de l'instrument au moyen de la vis. Pendant les premiers jours on voit survenir en général, des symptômes d'irritation, tels que douleurs, vomissements etc.; parfois même ces symptômes s'accompagnent de constipation et le tableau clinique ressemble à celui de l'étranglement. Dans d'autres cas, peu fréquents il est vrai, l'opéré est pris d'accidents de péritonite. Dans ce dernier cas on devra enlever l'entérotome, tandis que dans le premier on ne se hâtera pas de le retirer.

Les résultats de l'opération de DUPUYTREN sont favorables, à en juger d'après la statistique de ce chirurgien (1824); en effet sur 41 opérés, 29 auraient guéri et 3 seulement auraient succombé. De même HEIMANN sur les 83 observations qu'il a recueillies n'a trouvé que 7 cas de mort, dont 3 ne peuvent même pas être mis sur le compte de l'opération; la mortalité n'aurait donc été que de 4: 83. Dans deux cas la mort aurait été due à une perforation et dans un troisième, à une péritonite diffuse. La guérison complète fut obtenue dans 50 cas; chez 26 opérés il resta une fistule.

On a maintes fois objecté à cette opération que, par suite de la destruction étendue de l'éperon, le calibre de l'intestin pouvait augmenter au point de gêner le cours des matières. Ni les observations cliniques, ni les résultats d'autopsies d'individus ayant succombé à l'opération, ne paraissent motiver une semblable objection. Aussi les modifications que l'on a proposé d'apporter à l'instrument dans le but de permettre de ne saisir entre ses branches qu'une portion circonscrite de l'intestin, sont elles à notre avis parfaitement inutiles et d'un emploi peu commode. Ce n'est que dans les cas où il existe en même temps un prolapsus de l'intestin, que l'on peut se trouver dans la nécessité de modifier l'entérotome de façon que ses branches ne puissent serrer les tissus