

qu'au delà du bord du repli et se trouvent, au contraire, écartées au niveau de ce bord (LUDWIG).

Lorsque le but de l'opération est atteint, le rectum ne tarde pas à entrer de nouveau en fonctions. D'abord s'échappent par l'anus des gaz, puis du mucus sanguinolent et enfin des matières fécales. Si rien ne sort par les voies naturelles, c'est que l'entérotome n'a pas exercé une

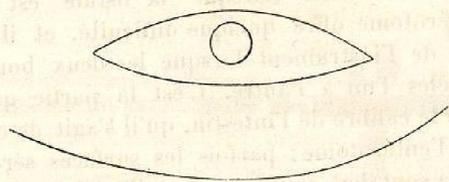


Fig. 51 a. — Opération de la fistule stercorale, d'après DIEFFENBACH.

compression suffisante, ou qu'il existe quelque autre obstacle au cours des matières, (rétrécissement, oblitération, atrophie de l'intestin).

Une fistule latérale tubulaire de l'intestin, sans obstacle au cours des matières, se ferme parfois d'elle-même ou à la suite de cautérisations du trajet fistuleux à l'aide du nitrate d'argent. La compression exercée sur la fistule par un tampon de ouate sur lequel s'appuie la pelote d'un bandage

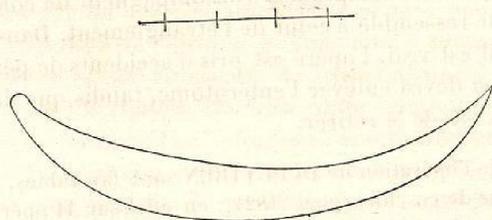


Fig. 51 b. — Idem, après la suture de la fistule avivée.

herniaire, accélère dans ces cas la guérison; on fera bien de n'accorder au malade pendant ce temps que très peu de nourriture et surtout de choisir parmi les aliments ceux qui fournissent peu de matières fécales.

Ce traitement est également applicable aux fistules tubulaires et aux anus contre nature une fois que l'on a fait disparaître l'obstacle au cours des matières; il n'en est pas de même des **fistules labiées**, lesquelles, naturellement, ne se ferment jamais sans opération. Si, néanmoins, on veut chercher à obtenir la guérison de cette dernière forme de fistules par voie non sanglante, il ne peut être question que d'une cautérisation énergique. Le caustique le plus employé est le fer rouge, que l'on applique de façon à détruire complètement une zone annulaire de tissus au niveau de l'union de la peau avec la muqueuse, et à transformer ainsi une fistule labiée en

une fistule tubulaire. On peut, du reste, se servir dans ce but de l'appareil galvanocaustique ou du thermocautère de PAQUELIN; l'anneau détruit doit avoir une certaine largeur, afin que la peau et la muqueuse n'arrivent pas de nouveau rapidement en contact par suite de la rétraction cicatricielle. Pendant la cautérisation l'intestin doit être protégé par l'introduction de ouate ou de charpie humectée. Un moyen de traitement plus simple consiste à enlever au moyen d'un bistouri étroit et pointu, un anneau de la paroi mucoso-cutanée du trajet fistuleux.

La suture en bourse (DIEFFENBACH), lorsque la peau est flasque, peut être employée en même temps que la cautérisation, dont elle accroît l'efficacité (ROSER).

Les **grosses fistules labiées** doivent être fermées par une opération plastique. Les conditions ne sont pas favorables à la suture simple. Le tissu cicatriciel enflammé et calleux du voisinage de la fistule se prête mal à une guérison immédiate, lorsqu'on l'utilise pour recouvrir la fistule; dès que de petites quantités de gaz ou de liquides intestinaux s'échappent entre les lèvres de la plaie, c'en est fait de la guérison. Il en est de même du reste, lorsqu'on cherche à fermer d'emblée complètement la fistule par un lambeau pris dans le voisinage; ici encore, les matières fécales accumulées derrière le lambeau, viendraient compromettre la réunion. DIEFFENBACH, prenant en considération ces mauvaises conditions, a imaginé une méthode de traitement qui consiste à ne pas chercher d'emblée la guérison de la fistule, mais à disséquer un lambeau en forme de pont, qui vient recouvrir comme un rideau la fistule, après que l'on a suturé préalablement son orifice cutané. Le trajet qui fait communiquer l'intestin avec l'extérieur, se trouve ainsi transformé en une fistule simple, qui suppure et guérit sous le lambeau, spontanément ou après des cautérisations.

On commence par aviver le voisinage de la fistule en forme d'ellipse, puis on fait une incision parallèle à l'un des bords de l'avivement, et à une distance de ce bord égale au double de la largeur de la plaie elliptique. En décollant la peau comprise entre les deux incisions, on obtient un lambeau en forme de pont dont les deux côtés courts se continuent avec les téguments voisins (fig. 51 a). L'orifice fistuleux est alors suturé, et le lambeau se trouve par le fait attiré sur la fistule. Au niveau du bord du lambeau opposé à celui qui correspond à l'avivement, il reste une fente béante par laquelle le contenu de l'intestin peut s'écouler provisoirement hors de la fistule. Cette opération de DIEFFENBACH peut naturellement subir diverses modifications au point de vue de la direction et de la longueur des incisions.

Lorsque la peau du voisinage de la fistule a subi des altérations cicatricielles notables, on fait arriver un lambeau pédiculé sur l'orifice fistuleux largement avivé. Ici encore, on ne réunit pas le bord inférieur du lambeau. Dans deux cas, j'ai obtenu ainsi la guérison de la fistule, mal-

gré le sphacèle du lambeau d'implantation. Cet heureux résultat a été dû à l'avivement pratiqué sur une large surface, qui avait transformé la fistule labiée en une fistule tubulaire, comme l'aurait fait une large cautérisation annulaire.

Le traitement opératoire de l'anus contre nature formé au niveau d'une hernie, offre assez souvent des difficultés particulières. DIEFFENBACH a proposé de tenter, suivant les cas, soit la guérison de l'anus seul, soit celle de l'anus et de la hernie tout à la fois; le premier procédé est applicable aux hernies très volumineuses, en partie adhérentes avec large orifice herniaire et absence d'obstacle au cours des matières dans l'intestin, tandis que le second doit être préféré lorsqu'on se trouve en présence d'une petite hernie inguino-scrotale à orifice étroit, et à contenu consistant en une seule anse intestinale. Pour une partie de ces cas, CZERNY a indiqué un procédé qui ne laisse rien à désirer. Chez deux de ses opérés, après avoir incisé le sac herniaire, il détacha l'anse intestinale perforée de ses adhérences avec le sac, sutura la perte de substance de l'intestin et fit ensuite l'opération radicale de la hernie (ligature du sac et suture de l'anneau). Cette opération, relativement peu dangereuse, grâce à l'antisepsie, fut suivie de guérison dans les deux cas (voir § 146).

L'anus contre nature et la fistule stercorale ont été, on le sait, maintes fois traitées par la **résection de l'intestin** dans le cours des dernières années. Si cette opération ne faisait pas courir plus de dangers au malade que celle de DUPUYTREN, il est hors de doute qu'elle serait préférable au procédé long et dégoûtant de section de l'éperon au moyen de l'entérotome. Malheureusement, sur 37 malades traités par la résection, 14 ont succombé, ce qui correspond, par conséquent, à une mortalité de 37,8 0/0. Cependant, BILLROTH a prouvé que les résultats de la résection peuvent être aussi favorables lorsqu'on prête une attention scrupuleuse à tous les détails de l'opération, et qu'on observe strictement les règles de l'antisepsie. Ses 6 opérés ont, en effet, tous guéri. Il conseille de pratiquer, avant l'opération, le raclage de toutes les granulations qui tapissent les parties voisines de la fistule, d'inciser tous les trajets, d'exciser les parties de peau décollées et infectées, et enfin de soumettre à une désinfection complète tout le champ opératoire. BILLROTH attache une grande importance à ces mesures de précaution, destinées à assurer le succès de l'opération.

Pour les fistules d'origine inflammatoire, dans la majorité des cas, il ne peut être question d'une autre méthode de traitement que celle qui consiste à séparer l'intestin de la fistule des parois abdominales, et à pratiquer ensuite la suture de l'orifice intestinal. Dans nombre de cas on est obligé, si l'on veut avoir libre accès sur le champ opératoire, de pratiquer de grandes incisions des parties molles.

5. MALADIES DU RECTUM ET DE L'ANUS

Examen du rectum.

§ 149. — La difficulté principale que l'on rencontre dans l'examen du rectum, c'est l'obstacle qu'opposent au doigt et aux instruments explorateurs, l'anus avec ses téguments et ses sphincters. Dès que l'on a réussi à vaincre cette résistance, le rectum lui-même est si spacieux qu'il peut être exploré tout aussi facilement et complètement que le vagin, chez la femme.

La méthode d'exploration du rectum, d'une manière générale, ne diffère pas de celle qui est en usage pour le vagin. La constatation par le toucher d'états anormaux de cette cavité est de la plus grande importance pour le traitement chirurgical, et il est superflu d'ajouter que l'on ne doit négliger, dans aucun cas, ce mode d'exploration, lorsque le malade accuse des douleurs dans la région anale et dans le bassin, lorsque la défécation est douloureuse, ou que l'on observe des évacuations anormales de sang, de mucus ou de pus. Bien des erreurs funestes et même fatales au malade seraient évitées si le médecin se faisait une règle d'examiner toujours directement par le toucher les états morbides du rectum, et de ne pas se contenter de poser d'emblée le diagnostic d'hémorroïdes, etc., sans examen, et d'après le seul récit de son client. Le doigt, après avoir vaincu la résistance des sphincters, pénètre dans la vaste cavité du rectum, et l'on peut non seulement constater les processus pathologiques de cette partie de l'intestin, mais encore reconnaître la présence de tumeurs ou d'autres productions morbides dans la région inférieure du petit bassin. A la partie antérieure on sent, chez la femme, la portion vaginale du col, qui, à l'état normal, fait saillie contre la paroi recto-vaginale, et plus haut le corps de l'utérus. Chez l'homme, c'est principalement la région de la prostate qui est accessible à l'exploration rectale. Au-dessus de la portion membraneuse de l'urètre, que l'on reconnaît à son manque de résistance, on sent une partie moyenne, étroite et dure, à laquelle s'unissent latéralement deux corps latéraux durs en forme de fer à cheval. Au-dessus d'eux on reconnaît à l'état pathologique les vésicules séminales, puis vient le bas-fond de la vessie qui se distingue par sa consistance molle. Il n'est pas possible de pousser plus loin l'exploration digitale. La partie ainsi accessible au doigt correspond à peu près au tiers inférieur du rectum non tapissé par le péritoine. Son tiers moyen est recouvert en avant par la paroi postérieure de la cavité de Douglas, et suivant que le point de réflexion de la séreuse est situé plus ou moins bas, la partie correspondante de l'intestin peut encore être explorée avec le doigt, mais en tout cas sur une petite étendue seulement. L'ex-