

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-

trémité supérieure de ce tiers moyen correspond au point où le rectum est enveloppé latéralement et en arrière par le péritoine, et vient se fixer contre le sacrum; elle est située à environ 12 à 14 centim. au-dessus de l'anus; cette portion de l'intestin, en rapport avec les trois dernières vertèbres sacrées, est le plus souvent inaccessible à l'exploration digitale, à moins que l'on n'ait des doigts d'une longueur extraordinaire. Dans notre exposé du diagnostic des tumeurs abdominales (§ 59), nous avons déjà insisté sur le fait que, par l'introduction de la moitié de la main ou de la main entière dans le rectum, on pouvait explorer la région en question, et même des parties situées plus haut, c'est-à-dire le tiers supérieur du rectum et le commencement de l'S iliaque.

L'exploration manuelle et une grande partie des examens au spéculum dont nous aurons encore à parler, ne peuvent être pratiqués sans l'emploi du chloroforme. Déjà la simple exploration superficielle de l'anus au niveau de sa portion sphinctérienne rend parfois indispensable l'anesthésiation du malade par le chloroforme. Souvent, chez les individus sensibles surtout, on ne parvient pas à vaincre la résistance des sphincters à un degré suffisant pour pouvoir examiner une ulcération située entre les replis de la muqueuse, celle-ci ne se laissant pas déplier; mais l'obstacle opposé par les sphincters devient insurmontable lorsqu'il s'agit d'introduire la main entière ou un spéculum de grandes dimensions. Le chloroforme a raison de cette résistance en tant qu'elle dépend de la tension musculaire. La peau, très extensible il est vrai, finit cependant par se déchirer lorsqu'elle est trop fortement tendue, et l'on peut alors parfois, par de légères incisions, prévenir une déchirure plus grande. L'anesthésiation par le chloroforme doit être poussée, dans tous les cas, jusqu'à la résolution complète des muscles. Il est clair que l'on ne devra recourir à l'exploration manuelle dans un but de diagnostic que lorsque ce dernier ne peut être posé autrement que par l'introductions de la main dans le rectum. En effet, cette méthode d'examen n'est pas dépourvue de dangers, et elle a déjà plusieurs fois entraîné une mort prompte; il est vrai que celle-ci est survenue dans des circonstances particulièrement défavorables; ainsi, dans un cas il existait à la partie supérieure du rectum un gros abcès qui se rompit et se vida dans la cavité abdominale, tandis que dans un autre cas il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte, dont la rupture entraîna subitement la mort. L'exploration manuelle n'est donc permise qu'à la condition de choisir avec soin les cas dans lesquels elle peut être employée.

Pour s'orienter dans un premier examen par le toucher rectal, on mettra de préférence le malade debout, le haut du corps appuyé en avant sur le dossier d'une chaise qui ne soit pas trop élevé. Les parties supérieures tendent alors à descendre sous l'influence de la pesanteur, et l'on peut ainsi explorer une étendue plus grande du rectum. Si l'on veut procéder à un examen plus minutieux ou s'il est nécessaire d'em-

ployer le chloroforme, on fera coucher le malade sur le dos, de façon que l'anus dépasse le rebord de la table. On peut encore faciliter l'examen en glissant un rouleau ou un petit coussin dur sous le siège. On peut également placer le patient dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies sur le bassin; si l'on ramène alors la jambe supérieure en avant de l'inférieure, ou si l'on fait incliner le haut du corps en avant, l'anus devient facilement accessible au niveau du bord de la table, et nombre de recherches peuvent être faites ainsi plus commodément que dans toute autre position.

Dernièrement STORER a indiqué un procédé particulier permettant, chez la femme, de rendre accessibles certaines parties de la muqueuse rectale. On in-

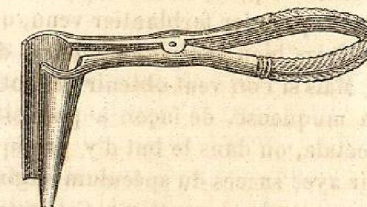
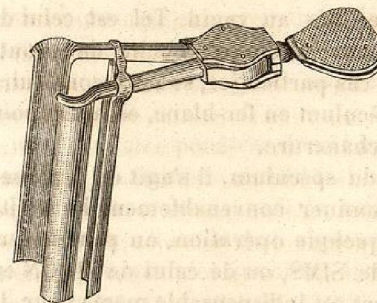


Fig. 52 a. — Spéculum anal de WEISS. Fig. 52 b. — Spéculum anal bivalve de STEFFENS pour les enfants.

trouit un ou deux doigts dans le vagin, et recourbant ces doigts en forme de crochet du côté de l'anus, on fait saillir par l'orifice de ce dernier la paroi antérieure du rectum. On réussit parfois ainsi à produire une éversion assez considérable de la paroi rectale, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants, et dont le vagin ainsi que le sphincter anal sont larges et relâchés.

Pour le diagnostic des divers états anormaux de la muqueuse, ainsi que pour les opérations qui doivent être pratiquées dans la cavité rectale, on se sert avec avantage des spéculums.

Autrefois on employait principalement des spéculums à deux ou plusieurs valves, et l'on s'en sert encore de nos jours dans les cas où l'on ne veut pas avoir recours au chloroforme, et lorsqu'il n'est pas nécessaire de voir la presque totalité des parois rectales accessibles à nos moyens d'exploration. Le spéculum sera introduit fermé; il doit avoir une forme conique et se terminer à la manière des sondes, afin de ne pas blesser la muqueuse lors de son introduction. Le bord libre des valves doit être arrondi afin que celles-ci, au moment de l'ouverture de l'instrument, ne blessent pas les replis de la muqueuse qui tendent à faire saillie dans la cavité du spéculum. Lorsqu'ensuite on retirera l'instrument, on aura