

demment tuberculeuse. On a vu quelquefois la tuberculose survenir rapidement, à la suite de l'opération et l'on a été conduit à admettre que la guérison de la fistule était précisément la cause de cette fâcheuse terminaison. Les doctrines actuelles, relatives à la nature de la tuberculose, ont enlevé tout fondement à cette ancienne manière de voir, bien que l'on doive accorder que parfois les individus tuberculeux succombent peu de temps après l'opération de la fistule. Mais alors, il faut en chercher la cause dans la tuberculose existante et non dans l'opération elle-même. Du moins jusqu'ici, aucun fait sûrement constaté n'est venu démontrer que la tuberculose généralisée, qui succède quelquefois à l'opération d'une fistule anale, soit la conséquence d'une inoculation produite au moment même de l'intervention opératoire. Une autre question qui se pose ici, est celle de savoir s'il convient, dans tous les cas, d'opérer les tuberculeux atteints de fistule anale. On fera bien d'y renoncer lorsque le malade est déjà très affaibli, et que l'opération ne peut être pratiquée sans une perte de sang notable, ce qui n'est pas rare dans les cas de fistules tuberculeuses, avec décollements étendus de la peau. Nous ne voulons pas, du reste, passer sous silence le fait, que de nos jours encore, des chirurgiens de grande valeur, se basant sur leur propre expérience, déconseillent les opérations de fistules anales chez les individus tuberculeux, ou chez ceux qui, nés de parents tuberculeux, ne sont pas parfaitement sains, mais sujets à des bronchites. Ils considèrent la fistule tuberculeuse comme une espèce de dérivation. BAUM, par exemple, s'appuyant sur ses observations, est devenu un chaud partisan de cette doctrine.

La **ligature** est un procédé très ancien, enseigné déjà par HIPPOCRATE, tandis que l'**incision** est une opération moderne. Au moyen âge, il est vrai, on pratiquait déjà des opérations sanglantes, mais on ne considérait pas la simple incision comme suffisante; on extirpait les parois de la fistule avec une partie des tissus voisins de cette dernière, ainsi qu'une portion de l'intestin. A l'occasion de la maladie de Louis XIV, qui était affecté d'une fistule anale, la question de la méthode opératoire fut mise de nouveau à l'ordre du jour. FÉLIX, chirurgien du roi, opéra alors, pour la première fois, par simple incision, à l'aide d'un bistouri construit spécialement dans ce but (bistouri royal). Après que POTT eut enseigné que la simple incision du trajet fistuleux est suffisante pour guérir la fistule, cette opération fut admise par la plupart des chirurgiens.

Cependant, on ne lui épargna pas les objections. Avant tout on redoutait l'hémorragie qui, du moins lorsque la fistule s'ouvrait à une grande hauteur, était parfois une source de difficultés assez sérieuses; en outre, les chirurgiens français particulièrement, reprochaient à l'incision les complications accidentelles de pyémie, etc., qui n'étaient point rares du tout, et qui, à Paris du moins, à l'époque dont nous parlons, coûtaient la vie à bon nombre d'opérés. (D'après une statistique de SALMON et de MAUCOWRY, sur 143 malades opérés à l'Hôtel-Dieu de Paris, 9 succombèrent, par conséquent 1 : 13). Quant à l'hémorragie, elle n'est pas assez considérable pour inspirer quelque inquiétude, lorsqu'il s'agit d'individus sains du reste. Chez les tuberculeux, par contre, il importe, dans certains cas, d'éviter toute perte de sang: on est alors parfois obligé de s'adresser à d'autres procédés, ou de renoncer à toute intervention opératoire. Mais de nos jours, aucun chirurgien ne devrait se laisser détourner de cette opération par la crainte de ne pouvoir se rendre maître de l'hémor-

ragie. Grâce au spéculum de SIMON, j'ai pu opérer par incision une fistule s'ouvrant dans le rectum à une hauteur de 3 1/2 pouces, et faire, sans difficulté, les ligatures nécessaires. Quant au danger de la pyémie, il est tout à fait minime, d'après l'opinion de presque tous les chirurgiens qui n'ont pas opéré à l'Hôtel-Dieu, et il en est ainsi surtout depuis l'avènement de la méthode antiseptique; d'autre part, le danger de la pyémie n'est pas complètement exclu par les autres procédés opératoires.

L'opération avec le bistouri est, dans la plupart des cas, préférable aux autres procédés, déjà pour le bon motif que les fistules tout à fait simples sont, en général, les seules qui se prêtent à la ligature ou à l'emploi de l'anse galvanocaustique. Lorsque la fistule présente des diverticules ou des décollements de la peau, l'opération par ligature est plus difficile, et finalement on est obligé d'avoir néanmoins recours soit aux ciseaux, pour enlever des lambeaux de peau décollés, soit au bistouri, pour débrider un trajet fistuleux latéral. En outre, la ligature demande plus de temps, bien qu'un certain nombre de malades puissent circuler jusqu'à ce que le fil ait divisé les tissus (B. SCHMIDT). C'est donc seulement dans les cas où la fistule s'ouvre très haut, que dans certaines circonstances, et particulièrement chez les individus anémiques, on pourra conseiller une opération non sanglante, soit la ligature, soit la section lente avec le fil légèrement rougi d'un appareil de MIDDELDORFF. A la suite de ces sections profondes, intéressant le sphincter interne, on observe du reste volontiers une incontinence des matières fécales de plus ou moins longue durée. Dans un cas que j'ai moi-même opéré, il y avait incontinence des gaz due à ce que la plaie de l'incision avait guéri en laissant une cicatrice profonde en forme de gouttière, de façon qu'il existait un orifice communiquant avec l'intestin, même lorsque le sphincter était fermé. En présence de pareils inconvénients, on est sans doute autorisé à opérer, sans inciser l'intestin, les abcès dont l'orifice de communication avec le rectum siège à un niveau très élevé. On fait, dans ce but, une large incision de la peau, on divise toutes les fistules et clapiers que l'on rencontre sous le bistouri, on déchire les brides et cloisons qui traversent la cavité de l'abcès, et l'on remplit cette dernière de gaze phéniquée ou de ouate, que l'on fera bien d'imbiber de perchlorure de fer. La guérison s'opère alors assez souvent par granulation, et la fistule en communication avec l'intestin, finit par se fermer. Dans les cas de fistules tubulaires, par contre, ce procédé opératoire n'a plus de raison d'être (LAROYENNE).

Dernièrement, des médecins américains ont attiré l'attention sur le danger d'incontinence des matières fécales à la suite de l'opération des fistules anales, danger qu'ils ont, nous semble-t-il, exagéré. Au dire de JENKS (Chicago), ALLINGHAM accuse particulièrement comme cause de l'incontinence, les incisions qui ne sont pas faites perpendiculairement aux fibres du sphincter, ainsi que la section simultanée de plusieurs fistules. Aussi préfère-t-il opérer en plusieurs séances, dans les cas de fistules multiples. Lorsqu'il existe de l'incontinence, on avive les cicatrices que l'on réunit par des points de suture.

Dans la majorité des cas de fistule anale l'opération par incision est assez simple. On aura soin de bien nettoyer préalablement la région de l'anus avec de l'eau et du savon, de la débarrasser de ses poils à l'aide du rasoir, puis de laver les téguments avec une solution phéniquée et

d'injecter dans l'anus une solution salicylée. On provoquera la constipation pendant les premiers jours qui suivent l'opération. — Le malade est placé dans la position de la taille périnéale, ou bien dans le décubitus latéral, le corps un peu incliné en avant. S'il s'agit d'une fistule complète, on fait pénétrer par l'orifice externe une sonde cannelée dont on reçoit l'extrémité sur l'index introduit dans le rectum; on la recourbe vers l'extérieur, de façon à la faire sortir par l'anus. Le trajet fistuleux se trouve ainsi ramené à la surface, et à l'aide d'un bistouri introduit le long de la sonde cannelée, on peut diviser toutes les parties molles situées au-devant de cette dernière. Lorsqu'on a eu quelque peine à trouver la fistule avec un stylet ordinaire et que l'on craint de ne pouvoir la retrouver que difficilement avec une sonde cannelée, on peut aussi diviser les parties molles peu à peu, de dehors en dedans, jusqu'à ce qu'on arrive sur l'instrument. Quelquefois il est encore plus commode d'introduire un bistouri concave par l'orifice externe, de le faire sortir par l'orifice interne, puis par l'anus, et de sectionner ensuite les parties molles. On peut également recevoir le bistouri sur l'index introduit dans le rectum et l'attirer au dehors, tout en opérant la section des parties situées au-devant de l'instrument.

Quant au gorgeret, qui était fort en usage autrefois, on ne l'emploie plus guère de nos jours que dans les rares cas où l'on a affaire à une fistule borgne externe. On perfore alors l'intestin avec le bistouri dont la pointe vient se fixer sur le gorgeret; puis on retire simultanément les deux instruments ainsi réunis.

Pour les fistules profondes, nous conseillons l'incision sur la sonde cannelée après introduction d'un spéculum en forme de demi-gouatière.

Mais souvent, tout n'est pas fini avec l'incision de la fistule. Lorsque celle-ci s'ouvre dans l'intestin par plusieurs orifices, ces derniers doivent être tous divisés. D'autre part, lorsque l'intestin est encore décollé jusqu'à une certaine hauteur, et que la partie décollée n'a pas une trop grande minceur, on peut espérer d'obtenir ainsi la guérison; mais si elle est très mince, mieux vaut l'inciser. Les trajets fistuleux qui pourraient se trouver dans le voisinage de l'anus et du périnée, doivent être également sectionnés, et l'on fera l'excision des parties de peau qui sont minces et atrophiées. Les parois des trajets fistuleux et les surfaces mises à nu par l'excision de lambeaux cutanés, sont ordinairement, surtout chez les tuberculeux, tapissées de granulations flasques, lesquelles, de même que les couches profondes de la peau, renferment des tubercules miliaires. On accélère considérablement la guérison, et l'on obtient même parfois la cicatrisation de trajets fistuleux n'ayant aucune tendance à se guérir, par le grattage avec la cuiller tranchante de toutes les surfaces tapissées de granulations (SCHEDE). Chez les tuberculeux, il est parfois préférable, à cause de l'hémorragie, de renvoyer à une séance ultérieure le raclage des granulations. Après avoir incisé les parties décollées de la peau, si l'on trouve dans la profondeur des membranes et travées, tapissées de granulations, on les divisera soit avec le doigt, soit à l'aide du bistouri ou des ciseaux. Ces opérations étendues exigent, le plus souvent

l'emploi du chloroforme, tandis que ce dernier n'est pas indispensable dans les incisions simples. Quelques jours de repos au lit sont suffisants dans les petites opérations de fistules; par contre, dans les opérations étendues, qui s'accompagnent d'une grande perte de sang, le malade est parfois obligé de garder le lit plusieurs semaines. Dans ces cas il est, en outre, à conseiller d'introduire de la gaze iodoformée entre les bords de l'incision, afin d'en empêcher l'accolement; cette précaution n'est guère nécessaire lorsqu'on a affaire à des fistules superficielles, car, ici, il est exceptionnel de voir se produire des adhérences, que l'on peut d'ailleurs toujours séparer à l'aide de la sonde. Vers le troisième jour après l'opération, on provoquera une selle molle par l'administration d'une dose d'huile de ricin.

L'iodoforme garantit et accélère beaucoup la guérison des fistules anales opérées. On l'emploie en poudre, avec laquelle on frotte la surface de la plaie, ou bien on introduit dans cette dernière un tampon de gaze iodoformée.

Le procédé de **ligature** le plus simple consiste à passer par la fistule, à l'aide d'un stylet aiguillé, un fil épais que l'on fait sortir par l'anus, et dont on réunit les deux bouts à l'extérieur par un nœud que l'on puisse détacher à volonté. Tous les deux jours on dénoue le fil, et l'on serre l'anse plus fortement autour des tissus. La section de la fistule s'opère ainsi peu à peu, et assez souvent, dans les fistules ordinaires, sans que le malade soit obligé de garder le lit. L'emploi de fils métalliques n'offre aucun avantage, mais il en est peut-être autrement de la **ligature élastique** avec un fil de caoutchouc, laquelle a été préconisée récemment et employée par un assez grand nombre de chirurgiens. Quant à l'écraseur, il ne présente aucun avantage particulier; sous ce rapport, c'est le serre-nœud qui répond le mieux au but que l'on se propose. Par contre, lorsqu'on a affaire à des fistules profondes, nous conseillons plutôt l'emploi de l'anse galvanocaustique chauffée très légèrement. Le fil est introduit de façon que l'un des deux bouts sorte par l'orifice cutané de la fistule, et l'autre par l'anus, puis on fait passer les deux bouts dans le double tube de l'instrument. Si l'on a soin de procéder lentement avec un seul élément, on est à peu près sûr d'éviter toute hémorragie. Parfois, on se trouve bien d'une combinaison de plusieurs procédés, par exemple, l'incision d'une fistule superficielle suivie de la ligature d'une fistule profonde, etc.

La **fistule borgne interne** sera convertie par l'incision de la peau en une fistule complète et traitée ensuite comme telle. Quant à la **fistule borgne externe**, on cherchera à la guérir par le grattage du trajet fistuleux avec la curette tranchante, par la dilatation de l'orifice de la fistule, par la transformation des clapiers en une cavité unique avec large ouverture; si l'on n'arrive pas au but de cette manière, on traitera la fistule comme s'il s'agissait d'un abcès périproctique ayant décollé le rectum. On plonge un bistouri pointu par la fistule à travers la paroi rectale au point où celle-ci est décollée et amincie; la pointe de