

infirmité, objet de dégoût pour le malade et pour ses proches. On y parvient à l'aide de la boîte de Nuville ou de tout autre récipient propre à recevoir les matières à mesure qu'elles s'écoulent de l'ouverture fistuleuse.

Appréciation. Les détails dans lesquels nous sommes entrés montrent que trois circonstances principales dominent le traitement de l'anus accidentel. — A. Dans un très-grand nombre de cas, la lésion guérit spontanément, comme l'a démontré Scarpa. — B. Lorsque la perte de substance est considérable et l'éperon saillant, la disparition spontanée de la fistule n'est plus à espérer, et la destruction de l'éperon pour rétablir le cours des matières alimentaires semble indispensable. Toutefois l'opération est grave; et la péritonite, les épanchements, l'étranglement d'une anse intestinale etc. ont été assez souvent observés pour commander au chirurgien une extrême réserve. — C. Lorsqu'il n'y a pas de sac herniaire et quand les deux bouts de l'intestin sont séparés et éloignés de l'ouverture fistuleuse, il n'y a pas à compter sur une cure radicale, à moins de recourir, si c'est encore possible, à l'opération si heureusement pratiquée par M. Sédillot. — D. Enfin il ne reste plus que l'emploi des moyens palliatifs, si la guérison est reconnue impossible.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE RECTUM.

Détails anatomiques. Le rectum, situé à son extrémité supérieure, un peu à gauche de la ligne médiane, commence au niveau de la cinquième vertèbre lombaire et descend en avant du sacrum et du coccyx pour se terminer à 0^m,03 au delà de ce dernier os, à l'orifice anal. D'autant plus ample qu'on l'observe à un âge plus avancé, cette portion d'intestin offre des valvules superposées que nous avons déjà décrites et reçoit les trois artères hémorrhoidales, des veines communiquant avec la veine cave et les veines mésentériques; ce qui explique la fréquence des abcès du foie dans les phlébites rectales. Lisfranc fixe à 0^m,14 la distance de la fin du rectum au péritoine chez la femme, et à 0^m,10 chez l'homme. Cette distance serait beaucoup moindre d'après Blandin; de 0^m,09 chez l'homme, et de 0^m,04 chez la femme. Elle n'était que de 0^m,032 dans une observation de Costallat. La distance moyenne, d'après quelques recherches de Vidal (de Cassis), serait au moins de 0^m,06 pour la partie antérieure de l'intestin. Ce chirurgien a trouvé, comme Blandin, que le péritoine descend plus bas chez la femme que chez l'homme.

RECTORRHAGIES.

Avant de nous occuper des opérations qui se pratiquent sur le rectum, nous traiterons des moyens propres à combattre un accident qui leur est commun : l'hémorrhagie.

Irrigations. On pourrait recourir aux irrigations continues d'eau froide, qui ont donné de beaux résultats dans les hémorrhagies de la taille. (Voy. *Taille*.)

Liqueurs hémostatiques. Un bourdonnet de charpie, lié par le milieu avec un fil en plusieurs doubles, et trempé dans de l'eau de Pagliari, ou dans toute autre liqueur hémostatique, est porté sur le point qui fournit le sang. On place ensuite d'autres bourdonnets, que l'on recouvre de charpie mollette en quantité suffisante. On maintient en dehors le fil du premier bourdonnet et on soutient le tout par des compresses oblongues et un bandage en T. J.-L. Petit et Sabatier avaient adopté ce pansement.

Tamponnement. Le procédé de Boyer est calqué sur le précédent. On introduit dans le rectum un tampon de charpie embrassé par deux ligatures dont les chefs restent pendants hors de l'anus. On pousse entre les fils, sur le tampon, de nombreuses boulettes de charpie, avec lesquelles on remplit la fin du rectum. On place un gros rouleau de charpie entre les fesses, et, tirant sur les chefs des deux ligatures, on les noue avec force sur le rouleau. Ordinairement le malade éprouve dans le premier moment des envies pressantes d'aller à la selle; mais la compression avec la main, continuée pendant quelque temps, aide à maintenir l'appareil. Si le sang continuait à couler et s'amassait dans le rectum, on s'en apercevrait aux signes des hémorrhagies internes. Le tamponnement serait levé, et l'on aurait recours soit aux liquides hémostatiques, soit au cautère actuel.

Procédé de Leuret. Leuret prit une vessie fraîche de mouton, y attacha la canule d'une seringue, et plaça une ligature lâche sur le col de la vessie; la canule fut introduite dans le rectum, puis remplie d'air avec un soufflet. Lorsque celle-ci fut suffisamment gonflée, il serra la ligature. Ce moyen réussit. Frank avait proposé ce mode de tamponnement pour les fosses nasales. On pourrait se servir d'un petit sac de caoutchouc au lieu d'une vessie.

Compression. Instrument de M. Bermond. On peut pratiquer le tamponnement avec la double canule de M. Bermond (voy. *Rétrécissements du rectum*), ou recourir avec le même succès à la canule compressive de Dupuytren. (Voy. *Taille périnéale*.)

Cautérisation ignée. On porte le fer rouge sur le fond des plaies ou, ce qui est préférable, sur les points qui donnent du sang. La cautérisation a l'avantage de laisser le rectum libre.

Ligature. Elle est le meilleur procédé, mais elle offre souvent d'insurmontables difficultés.

Appréciation. L'eau froide, la ligature, les hémostatiques, tels que l'eau de Pagliari et le perchlorure de fer, la cautérisation ignée, et les canules creuses compressives sont, dans l'ordre où nous les indiquons, les moyens à employer.

FISTULES A L'ANUS.

On distingue ces fistules en complètes et en incomplètes. Les premières vont de la peau à l'intestin, où elles s'ouvrent. Les secondes sont distinguées en borgnes externes et en borgnes internes, selon que la peau ou l'intestin sont seuls ulcérés.

La fistule borgne externe est analogue au clapier d'un abcès. Si elle résiste à l'agrandissement du pertuis tégumentaire, aux injections, à la cautérisation, à la compression et à d'autres moyens semblables, habituellement employés, on opère comme dans le cas d'une fistule complète, dont on n'aurait pu découvrir l'ouverture interne.

Le traitement de la fistule borgne interne consiste à la transformer en fistule complète, et à l'opérer à la manière ordinaire.

Fistule simple. Il faut tout d'abord trouver l'orifice interne de la fistule. Les recherches de Ribes ont prouvé que cette ouverture est située généralement au-dessus du sphincter interne, très-près de l'anus. Dans quelques cas seulement elle est plus élevée. On la découvre en sondant la fistule avec un stylet; et quand on ne la rencontre pas, cela tient presque toujours à ce qu'on la cherche trop haut. Souvent l'intestin est décollé au-dessus de la fistule. Les liquides injectés par l'ouverture externe reviennent par l'anus et prouvent la communication de la fistule avec l'intestin; on peut se servir de teinture d'iode, et en portant le doigt imprégné d'une solution amidonnée dans le rectum, on le retire taché en bleu, si la fistule est complète. Avec un peu d'habitude, le doigt introduit dans le rectum reconnaît assez facilement le point déprimé et moins résistant qui correspond à l'orifice fistuleux. On porte le stylet dans cette direction et on parvient presque toujours à le faire pénétrer dans l'intestin en se guidant sur l'indicateur, qui permet d'apprécier l'épaisseur des parties comprises entre l'instrument et la pulpe du doigt.

Complications. L'inflammation, la multiplicité des trajets, les callosités, les décollements sont les principales complications.

Trajets multiples. Le plus sage est de les opérer en un même temps, s'il n'y a pas de contre-indications.

Callosités. Les anciens attachaient une grande importance à les exciser. Sabatier s'est élevé contre cet usage. On peut chercher à modifier l'état des parties à l'aide d'applications de sangsues et de la compression avant de pratiquer l'opération. Si les indurations persistent, on se borne souvent à les inciser. La résolution de ces duretés se fait parfois assez facilement, si elles ne sont ni trop profondes, ni trop anciennes.

Décollements. Ils doivent être incisés en même temps que la fistule, soit directement, soit à l'aide de contre-ouvertures, et quelquefois même excisés.

Contre-indications. Il y a des fistules qu'il ne faut pas opérer: ce sont celles des phthisiques et celles qui sont compliquées de décollements très-étendus. Tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la contre-indication apportée à l'opération par la phthisie pulmonaire: en cas de suppuration très-abondante et d'accidents graves causés par la douleur, l'inflammation, des abcès fréquents et multiples, on pourrait exceptionnellement entreprendre la cure de la fistule; mais la contre-indication nous paraît la règle générale. Nous avons eu l'occasion de voir des fistules accompagnées d'un décollement presque total du rectum, dans lesquelles l'opération n'eût offert aucune chance de succès. Lorsque ces décollements se rencontrent chez des sujets non phthisiques, ils ne sont pas toujours au-dessus des ressources de l'art: selon qu'ils sont plus ou moins étendus, leur paroi rectale, y compris une portion du pourtour de l'anus, peut être emportée soit en partie, soit en totalité, à l'aide d'un entérotome dont la branche femelle est garnie, dans sa rainure, d'une bandelette de pâte de Canquoin. Une seule opération suffit quelquefois pour obtenir la guérison; plus souvent des opérations complémentaires et successives sont nécessaires pour y arriver. M. Legouest doit à ce mode de traitement des succès complets, c'est-à-dire sans rétrécissement de l'anus, de même que sans perte involontaire de matières fécales. Il convient, dans ces circonstances, de ne pas se presser d'opérer, de faire des contre-ouvertures et de les maintenir ouvertes, de pratiquer des injections de liquides variés excitants et désinfectants dans les clapiers, enfin de chercher à déterminer, par une alimentation très-substantielle, l'embonpoint des sujets, dans le but de rapprocher les parois des foyers.

Préparation. On prescrit un purgatif quelques jours avant l'o-