

pération, et, le jour de l'opération, on fait administrer un lavement pour vider l'intestin.

*Accidents.* L'hémorrhagie, quand elle a lieu, est facilement combattue par la ligature ou les hémostatiques.

L'infection purulente nous paraît la suite de pansements mal faits et de tamponnements excessifs. Les veines hémorroïdales, liées au système de la veine porte, expliquent bien ici la formation des abcès métastatiques dans le foie, venant à l'appui de la doctrine de M. Sédillot sur l'infection purulente.

**Traitement.** *Suppositoires emplastiques.* Introduits dans le rectum, pour modifier l'orifice interne de la fistule, ils méritent peu de confiance et sont généralement abandonnés.

*Compression.* Montain dit avoir guéri plusieurs fistules au moyen d'un instrument compressif prenant un point d'appui sur la hanche. Il n'y aurait pas d'inconvénients, dans un cas donné, à essayer cette méthode, dont l'efficacité semble néanmoins peu probable.

*Injections irritantes.* L'adhésion des parois de la fistule peut être le résultat d'injections irritantes, sur lesquelles il faut néanmoins peu compter. M. Clay a proposé les injections de teinture d'iode pure (*The medical Times*, 1843), et a plusieurs fois réussi.

*Caustiques.* Hippocrate les conseille, et décrit avec soin la manière de les employer. Parmi les modernes, Dionis les recommande et vante les succès d'un nommé Lemoine, qui, de proche en proche, arrivait avec un caustique jusqu'au fond de la fistule, et obtenait ainsi de nombreuses guérisons. Plus tard on proposa de consumer les tissus compris entre le rectum et le trajet fistuleux avec des trochisques escharotiques. La plaie était pansée avec une mèche, comme aujourd'hui après l'incision. Cette méthode est généralement abandonnée dans les cas de fistules simples.

*Ligature.* Elle date aussi d'Hippocrate. Celse la décrit. Du temps de Fabrice d'Aquapendente, elle était d'un usage général. Paré l'employait et ne recourait que pour les fistules superficielles à l'incision avec un bistouri ou des ciseaux. Guillemeau, Pigray et Thevenin furent aussi très-partisans de la ligature. Elle consiste à embrasser dans l'anse d'un fil passé à travers l'orifice interne de la fistule, et dont l'une des extrémités est introduite par l'orifice externe, tandis que l'autre est ressortie par l'anus, tous les tissus compris entre l'ouverture intestinale et les téguments: le fil coupe peu à peu les tissus, qui se cicatrisent derrière lui. On trempait le fil de la ligature dans une solution caustique concentrée pour diviser la peau, présentant toujours une assez grande résistance à la section.

Cette méthode était tombée en désuétude, lorsque Foubert la fit revivre. Ce chirurgien se servait d'un fil de plomb introduit à l'aide d'une sonde d'argent flexible. Desault introduisait le fil de plomb comme un stylet, en recevait l'extrémité interne dans un gorgere disposé en pince, placé dans le rectum, et la ramenait à l'extérieur par l'anus. Le fil de plomb peut être facilement placé avec l'indicateur, sans le secours d'instrument spécial: ses deux extrémités, réunies à l'extérieur, sont tordues sur elles-mêmes pour exercer sur les tissus enserrés une constriction progressivement augmentée.

Il n'est pas douteux qu'on ne puisse guérir ainsi des fistules à l'anus; mais ce moyen est lent, souvent très-douloureux et quelquefois infidèle, les tissus coupés ne se réunissant pas au-dessus du fil. Boyer fut obligé de terminer par l'incision une cure commencée par la ligature.

Vidal (de Cassis) voulait qu'on attachât une balle de plomb aux extrémités du fil pour hâter la section des tissus. On arrive au même résultat en tordant graduellement les fils métalliques sur eux-mêmes tous les deux ou trois jours.

*Incision.* Cette méthode remonte, comme les autres, à Hippocrate.

On s'est servi, pour la pratiquer, du syringotome, instrument décrit par Galien, et qui consiste dans un bistouri dont la lame arquée est terminée par un stylet flexible (*fig. 506, 507*). On l'introduisait par la fistule de dehors en dedans, puis, avec le doigt porté dans le rectum, on ramenait le stylet par l'anus, en même temps que l'on continuait à pousser la partie tranchante. On a préconisé aussi un bistouri de même forme, couvert d'une chape de métal, que l'on retirait au moment de faire agir le tranchant. C'était le *bistouri royal*, ainsi nommé parce que Félix l'employa sur Louis XIV.

Parisot (de Lyon) avait imaginé un bistouri dont la pointe portait une vis, articulée avec un stylet d'argent flexible. On peut se servir du bistouri de Pott, d'un bistouri concave ou d'un bistouri ordinaire.

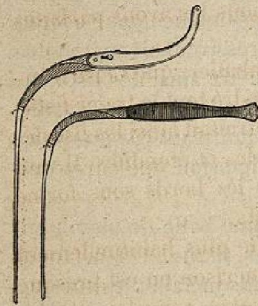
Larrey employait une sonde cannelée terminée par un stylet flexible boutonné (*fig. 511*), dont le bout était ramené par l'anus.

*Procédé de Sabatier.* Le malade, couché sur le bord du lit (*procédé ordinaire*), sur le côté de la fistule, le membre correspondant allongé, l'autre fléchi à angle droit sur le bassin, on introduit une sonde cannelée mince et flexible dans l'orifice externe de la fistule, et l'on porte en même temps l'indicateur dans le rectum. On cherche l'orifice interne de l'intestin, que l'on traverse, et l'on ramène la sonde par l'anus; on fait alors glisser la pointe d'un bis-

touré le long de la cannelure, et l'on coupe les téguments d'un orifice à l'autre (fig. 508).

*Pansement.* Une mèche de charpie est placée dans le rectum et engagée entre les bords de l'incision. On couvre la plaie avec de la charpie et des compresses. L'appareil est maintenu avec un bandage en T. L'interposition de la mèche est importante :

Fig. 506. 507.



faut de ce soin, il est à craindre que la plaie ne se réunisse comme une plaie simple, en laissant reparaitre la fistule. En Angleterre, on se borne à placer entre les lèvres de la plaie un ruban de linge effilé. L'essentiel est d'obtenir la cicatrisation de dedans en dehors, c'est-à-dire de l'intérieur à l'extérieur de la plaie.



Fig. 508.

*Procédé de Desault.* Lorsque l'orifice interne de la fistule est très-élevé,



Fig. 509. 510. 511.

le procédé de Desault est préférable à celui qui vient d'être décrit. On commence par introduire dans le rectum un gorgere de bois (fig. 509, 510), enduit de cérat ou d'huile, jusqu'au-dessus du point où siège l'orifice interne. On fait pénétrer ensuite dans la fistule une sonde cannelée, sans cul-de-sac, dont l'extrémité est reçue dans la cannelure du gorgere *a, a*. Ce dernier instrument étant confié à un aide, le chirurgien, tenant lui-même la sonde de la main gauche, engage de la main droite la pointe du bistouri le long de la cannelure et divise tous les tissus jusqu'au gorgere. Pour être bien certain que la division est complète, on retire ensemble, dans la position où ils se trouvent, la sonde et le gorgere. S'ils sortent librement, il est évident que les tissus intermédiaires ont été coupés ; dans le cas contraire, il reste quelques brides à diviser.

Lorsque le professeur Roux ne trouvait pas l'orifice interne de la fistule, il traversait la paroi intestinale avec une sonde d'acier

pointue, et opérerait comme à l'ordinaire. Il faudrait suivre cet exemple s'il était impossible de trouver l'orifice interne. On a, il est vrai, toujours à craindre que cet orifice n'ayant pas été compris dans l'incision, et les humidités stercorales continuant à s'y engager, la fistule ne subsiste malgré l'opération. Toutefois nous avons opéré beaucoup de malades de cette manière et nous les avons parfaitement guéris.

*Extirpation.* Il semble positif, d'après Sabatier, que Celse a indiqué cette méthode, qui consiste à comprendre tout le trajet fistuleux entre deux incisions obliques. Sabatier traitait ainsi les fistules compliquées de duretés squirrheuses profondes et étendues. Il vaut mieux fendre la fistule et en exciser ensuite les bords sous forme de lambeaux plus épais du côté des téguments.

*Appréciation.* L'incision est le procédé le plus habituellement employé, et, quand la fistule est simple, la guérison en est presque constamment la suite. Il n'en est pas de même pour les fistules calleuses, multiples, profondes. L'incision dans ce cas se referme trop vite, malgré l'introduction d'une mèche, dont une partie seulement reste interposée entre les lèvres de la plaie, et la fistule a beaucoup de tendance à se reproduire. Pour éviter une récurrence aussi fâcheuse, il est plus sûr d'exciser un lambeau des téguments et du tissu cellulaire subjacent d'un côté ou de chaque côté du trajet fistuleux. La plaie est ainsi plus large, plus béante en dehors, l'écoulement des liquides sécrétés facile, et le succès plus certain. Quand on introduit la mèche dans l'intestin, il faut y attacher un fil pour qu'elle ne se perde pas, et avoir le soin de la porter tout d'abord sur le côté du rectum opposé à l'incision jusqu'au-dessus de la plaie, dans le fond de laquelle on la ramène ensuite. En négligeant cette précaution, on s'expose à dénuder l'intestin au-dessus du point où siègeait l'orifice interne de la fistule et à reculer ainsi l'époque de la guérison. Un lavement et un bain de siège sont prescrits chaque jour avant l'heure du pansement, et, selon que la plaie est blafarde ou trop excitée, on se sert d'injections aromatiques, de l'extrait de monésia et du nitrate d'argent, ou l'on a recours aux émoullients et aux antiphlogistiques.

## HÉMORRHOÏDES.

*Tumeurs hémorrhoidales.* Elles sont internes ou externes. Celles-ci occupent la marge de l'anus, celles-là l'intérieur de l'intestin. On en a observé à diverses hauteurs, et jusqu'au-dessus de l'S iliaque du colon (J. L. Petit). Mais, le plus ordinairement, on les