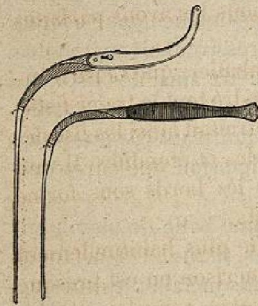


touré le long de la cannelure, et l'on coupe les téguments d'un orifice à l'autre (fig. 508).

Pansemment. 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 opérait 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

rencontre à peu de distance de l'extrémité rectale. Rarement il n'en existe qu'une; le plus souvent elles forment un bourrelet circulaire plus ou moins complet. Le volume de chacune de ces tumeurs varie entre celui d'une lentille et celui d'un œuf. Réunies en masse, elles peuvent dépasser le volume du poing. Quelques-unes sont pédiculées; la plupart ont une large base. Elles disparaissent quelquefois après la mort; mais elles peuvent être reproduites par l'injection de la veine mésentérique inférieure (Brodie). M. Raige-Delorme en distingue trois espèces: l'une variqueuse, l'autre érectile ou capillaire, la troisième indurée (marisque). On devrait également les classer en fluentes et non fluentes, différence très-importante sous le rapport des effets constitutionnels.

Les hommes y sont plus sujets que les femmes; celles-ci, toutefois, après l'âge critique, y sont également exposées. Dans la grossesse, les hémorroïdes sont très-communes. Le tempérament bilieux y prédispose évidemment.

Réduction. Lorsque le bourrelet hémorroïdal et une portion de la membrane muqueuse du rectum ont été poussés au dehors, il faut les réduire le plus promptement possible. On commence par lotionner la partie avec de l'eau froide. Le malade étant appuyé sur les genoux et sur les coudes, de manière que la région anale soit plus élevée que les épaules, le chirurgien exerce sur les tumeurs, préalablement enduites de cérat ou d'huile et couvertes d'un linge fin, une pression régulière et lente. Cette opération exige beaucoup de persévérance et de douceur, car la sensibilité des parties est habituellement très-vive. A mesure que la tumeur rentre, le chirurgien la suit du doigt, et quand elle est réduite, il laisse le doigt pendant quelque temps encore dans le rectum, s'il le juge nécessaire, pour s'opposer aux mouvements instinctifs de défécation. Ensuite il le retire lentement et applique sur le fondement une éponge imbibée d'eau froide ou d'une solution opiacée, que le malade maintient lui-même avec la main. On évite soigneusement les causes qui pourraient ramener les hémorroïdes au dehors.

Scarifications. Si le taxis échoue, on a recours à la saignée générale et aux applications de sangsues. Les scarifications sont indiquées lorsque la tension et les douleurs sont excessives. Le dégorgement opéré, il faut réduire. On doit se tenir en garde contre la possibilité d'une hémorrhagie.

Compression. Le docteur Burne, souvent cité par M. Raige-Delorme, accorde une grande importance à l'emploi de bougies de grosseur variable, introduites dans le rectum. Il affirme que des tumeurs hémorroïdales ont été guéries ainsi radicalement. Ces

bougies agissent, en comprimant les hémorroïdes, de dedans en dehors. M. Guyot a obtenu un beau résultat en comprimant la tumeur de dehors en dedans au moyen d'une sorte de bandage herniaire approprié. On emploie encore des pessaires coniques, rendus peu à peu plus saillants, de manière à maintenir la réduction des hémorroïdes et à les comprimer: l'appareil est soutenu par des courroies élastiques, dont l'usage est peu gênant.

Ligature. Elle n'est applicable qu'aux tumeurs pédiculées. Brodie l'a pratiquée, dit-on, plus de trois cents fois, et n'a perdu qu'un malade. J. L. Petit a cité des cas dans lesquels elle donna lieu aux accidents les plus graves. Kirby l'a vue produire le tétanos et la mort. Rien de plus facile d'ailleurs que cette opération. Le fil est porté dès le premier moment au plus haut degré de constriction si la tumeur est peu volumineuse; s'il en est autrement, on peut serrer le fil graduellement.

Ligature multiple. Si plusieurs hémorroïdes forment bourrelet et manquent de pédicules distincts, on passe un double fil, de distance en distance, au travers de la muqueuse, en laissant aux anses assez de longueur; après avoir coupé les anses, on noue du même côté l'un des fils qui faisait partie d'une de ces anses, avec le fil correspondant qui faisait partie de l'anse voisine: la tumeur se trouve ainsi comprise dans une série de ligatures contiguës dont les nœuds sont les uns en dedans, les autres en dehors. On peut se servir de fils métalliques, ou de ligatures trempées dans un caustique liquide ou dans du perchlorure de fer, pour prévenir l'écoulement du sang.

Cautérisation. Les anciens y avaient fréquemment recours. De nos jours, plusieurs chirurgiens l'ont remise en honneur. Barthélemy (de Saumur) a proposé (1844) de comprendre le pédicule des tumeurs entre les deux branches chargées de caustique d'une pince appropriée. Amussat a donné de minutieuses et intéressantes règles de ce procédé, qu'il a perfectionné et employé avec succès. Les branches de sa pince porte-caustique sont creuses et remplies de pâte de Vienne solidifiée. On saisit entre elles chaque hémorroïde, que l'on maintient comprimée, au moyen d'un pas de vis, pendant quelques minutes, avec la précaution d'y diriger un courant d'eau froide pour calmer la douleur et pour entraîner les parcelles liquéfiées du caustique. On peut se servir du même instrument pour les tumeurs internes. Dans ce cas, il faut redoubler d'attention, serrer davantage les mors de la pince, écarter avec un spéculum bivalve les parois rectales, et multiplier les injections.

M. Gosselin (*Leçons sur les hémorroïdes*, Paris 1866) se loue beaucoup d'avoir mis en usage un procédé de cautérisation des hé-