a. **Excision.** — Après désinfection soignée du canal ano-rectal, le malade endormi est placé en position gynécologique.

L'anus est dilaté et un tampon de protection placé au fond de l'ampoule rectale. L'excision est pratiquée de trois façons : — tantôt on incise préalablement sur la sonde le trajet et tous ses diverticules, puis on en résèque soigneusement les parois aux ciseaux ou au bistouri, en extirpant minutieusement toutes les callosités et indurations jusqu'à ce qu'on soit en tissu souple et sain ; — tantôt on charge la fistule sur la sonde cannelée et on l'excise en masse de deux traits de bistouri qui la circonscrivent en se réunissant vers la profondeur comme les deux berges d'un fossé (Richet) ; — tantôt, on embroche la fistule sur la sonde, on incise légèrement, pour les libérer, la peau et la muqueuse sans entamer la fistule ; puis on circonscrit cette dernière d'un trait circulaire (Bazy).

b. **Suture.** — Elle doit réaliser l'affrontement total et parfait des surfaces cruentées et ne laisser aucun espace mort, sous peine d'échec. Il y a pour cela deux moyens : les sutures en étage utilisables dans les trajets irrégulièrement anfractueux et les grandes sutures profondes qui contournent toute la plaie sans la traverser comme dans la périnéorraphie. Ces dernières sont préférables. On les place à l'aide d'aiguilles courbes et d'une grande valve rectale. L'aiguille pique la muqueuse ou la peau à 3 ou 4 millimètres de la plaie, chemine dans l'épaisseur des tissus, contourne la plaie et ressort symétriquement. Les fils, espacés de 6 à 8 millimètres, seront des catguts ou des crins. En ce dernier cas, on les enlèvera au huitième jour. Le malade sera jusqu'alors très soigneusement constipé.

§ 2. — Opération dans les fistules profondes

Les fistules profondes comprennent les fistules ischio-rectales et les fistules pelvi-rectales supérieures (voir fig. 1054).

1° Fistules ischio-rectales. — L'incision simple est presque toujours suivie d'incontinence due à la section du sphincter. On devra s'efforcer en tout cas de le couper seulement en un point.

L'excision avec suture est préférable lorsqu'elle est possible, car le sphincter sectionné est immédiatement restauré.

2° Fistules pelvi-rectales supérieures. — On les traitait jadis par l'application de l'écraseur linéaire de Chassaignac ou de l'entérotome de Richet.

Il est mieux de commencer par un large débridement du trajet pratiqué à l'aide d'une incision latérale, ouvrant tous les clapiers sans toucher à l'intestin. En cas d'échec, on appliquera l'entérotome et on restaurera ultérieurement le sphincter par avivement et suture.

V. — RECTOTOMIE LINÉAIRE POSTÉRIEURE[1]

La rectotomie linéaire est la simple section du rectum suivant sa longueur. On la fait en arrière sur la ligne médiane.

Elle est indiquée dans les rétrécissements et dans le cancer inopérable. En ce dernier cas, la survie qu'elle donne est appréciable mais moins grande que celle qu'on obtient de la coloproctie (Trélat).

1° Procédé de Verneuil. — Après avoir vidé et désinfecté le gros intestin, le patient placé dans la position de la taille, introduire l'index gauche dans le rectum jusqu'à une profondeur de 5 centimètres, par exemple, en ayant soin de tourner la face palmaire vers le coccyx.

Ponctionner les tissus de dehors en dedans, sur la ligne médiane, au-dessous de la pointe du coccyx, avec le couteau du thermocautère en allant obliquement à la rencontre de l'extrémité de l'index.

S'arrêter dès que le doigt sent la chaleur, introduire alors dans le trajet une grosse sonde cannelée, achever avec elle de perforer le rectum et la ramener par l'anus. Après avoir perforé le rectum, on pourrait avec autant d'avantage remplacer la sonde par une valve au moyen de laquelle on protégerait la paroi antérieure du rectum.

Sectionner enfin les tissus (y compris le sphincter anal) avec le thermocautère maintenu au rouge brun et dirigé dans la cannelure de la sonde.

2° Procédé de Péan. — Après avoir fendu le rectum sur la ligne médiane postérieure, saisir dans l'angle supérieur les tuniques intestinales, les libérer, les abaisser et les unir à la peau par quelques sutures. La tranche rectale vient ainsi ourler la tranche cutanée.

VI. — RECTOPLASTIE[2]

Proposée par Schwartz pour quelques rétrécissements respectant les sphincters. Calquée sur la pyloroplastie de Heinecke-Mickulicz. Incision longitudinale allant de la pointe du coccyx au bord supérieur du sphincter. Suture transversale des lèvres de cette incision.

VII. — HÉMORROIDES[3]

Deux méthodes peuvent être employées contre les hémorroïdes :

1° La méthode modificatrice comprenant : l'ignipuncture, l'électrolyse et les injections interstitielles de glycérine phéniquée. La technique de ces divers procédés n'a pas besoin d'être précisée longuement.

[1] Jacquinot, th. de Paris, 1890, n° 84.
[2] Schwarz, *Presse médic.*, 1894, p. 301.
[3] Cf. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 533 et suiv. — Véron, th. de Paris, 1899.

Pour l'ignipuncture, on enfonce au centre de chaque saillie hémorrhoïdaire la pointe du thermo chauffée au rouge sombre.

Pour les injections interstitielles, on injecte dans chaque saillie IV à V gouttes d'une solution comprenant 1 partie d'acide phénique pour 3 parties de glycérine et 3 parties d'eau.

2° **La méthode destructrice** comprenant : la ligature, la cautérisation partielle ou en masse, l'excision partielle ou totale.

§ 1. — Ligature

Les bourrelets hémorroïdaires sont liés à leur base et abandonnés au sphacèle. Procédé long, douloureux, dangereux, abandonné, applicable d'ailleurs seulement aux petites tumeurs pédiculées. Riedel (d'Iéna)[1] a cependant recommandé dernièrement une technique assimilable à la ligature. Après dilatation et avec une aiguille, il passe sous la muqueuse une série de fils verticaux qui étreignent les paquets hémorroïdaires et par section lente, en amènent l'atrophie.

§ 2. — Cautérisation

1° *Cautérisation partielle* (Routier). — Après dilatation de l'anus, chaque tumeur est saisie avec une pince de Museux, pédiculisée par traction, liée à sa base avec une soie, puis ouverte en quatre comme une grenade, avec le thermocautère.

2° *Cautérisation en masse* (Richet). — La « volatilisation » des hémorroïdes à l'aide de la pince-cautère écrasante, chauffée au rouge sombre, est rejetée aujourd'hui.

§ 3. — Excision

1° Excision partielle. — Elle peut être simple, avec ligature, avec suture.

a. **L'excision simple** se pratique aux ciseaux ou au thermocautère. La tumeur hémorroïdaire est pédiculisée à l'aide d'un clamp et réséquée au ras de celui-ci.

Pennington excise ainsi aux ciseaux courbes les quatre paquets hémorroïdaires, antérieur, postérieur, droit et gauche, hémostasie par torsion les vaisseaux qui saignent et, sans pratiquer ni ligature ni suture, tamponne le rectum pendant quarante-huit heures.

Landstrom (de Stockolm) dilate l'anus, écrase les paquets à l'angiotribe, les excise aux ciseaux, et met un tube entouré de gaze pour tamponner.

b. **L'excision avec ligature** est pratiquée par Potherat. Chaque tumeur est

[1] Riedel (d'Iéna), *XXXI^e Congr. de la Soc. Allem. de chir.*, avril 1902.

transpercée par son milieu avec une aiguille armée d'un fil de soie, liée puis excisée simplement aux ciseaux.

c. **L'excision avec suture** comprend les procédés de Reclus et de Monod, différant en cela que Reclus excise les bourrelets transversalement et pratique des sutures muco-cutanées parallèles à la marge anale, tandis que Monod excise les bourrelets verticalement et pratique des sutures muco-muqueuses, parallèles au grand axe du rectum.

1° ***Procédé de Reclus***[1]. — Après anesthésie générale ou locale, et dilatation de l'anus, saisir d'un côté, à droite, par exemple, les bourrelets procidents avec une pince de Kocher placée transversalement et parallèlement à la marge anale, et les sectionner aux ciseaux courbes. Extirper seulement les hémorroïdes sans toucher au sphincter. Juxtaposer peau et muqueuse à l'aide de points profonds au catgut. Répéter la même opération à gauche.

On laisse en avant et en arrière de la marge de l'anus un segment de peau et de muqueuse non excisé qui suffit à éviter toute rétraction cicatricielle.

2° ***Procédé de Monod***[2]. — Après dilatation, voici comment l'on procède pour chacun des principaux bourrelets : une pince de Kocher saisit la muqueuse au-dessus du bourrelet, une autre la saisit au-dessous, près de la peau. Les deux pinces sont tendues et soulevées, formant ainsi un pli saillant, comprenant le bourrelet à exciser. La base de ce pli est étreinte dans un clamp placé verticalement et ne prenant que la muqueuse. Un catgut n° 1 est passé sous l'extrémité du clamp, la portion correspondante du pli muqueux sectionnée aux ciseaux et le fil serré. Un deuxième fil est placé un peu plus bas et le fil sectionné à nouveau. La section est ainsi poursuivie par étages jusqu'au niveau de la zone muco-cutanée.

Plus simplement, on peut d'un coup de ciseaux sectionner d'emblée tout le pli au ras du clamp, faire un surjet, au catgut n° 1, embrassant le clamp, puis retirer progressivement celui-ci, tandis qu'on serre à mesure les spires du surjet. Chaque principal bourrelet est ainsi excisé et suturé verticalement.

On place, s'il est nécessaire, quelques fils hémostatiques supplémentaires. On ne touche pas aux hémorroïdes externes.

2° Excision totale. — (Opération de Witehead).

a. **Procédé de Whitehead-Delorme**[3]. — Dilatation du sphincter. Incision circulaire péri-anale aux confins de la muqueuse et de la peau, sans empiéter sur cette dernière afin d'éviter ultérieurement un prolapsus muqueux.

Saisir la lèvre muqueuse de l'incision, pénétrer dans la couche sous-muqueuse décollable et cliver la muqueuse de bas en haut. Reconnaître le bord inférieur du sphincter externe, passer en dedans du sphincter et libé-

[1] Reclus, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 533.

[2] Monod, *Ibid.*

[3] Delorme, *X^e Congr. fr. de chir.*, 1896. p. 462.

rant la muqueuse avec le doigt ou les ciseaux mousses l'attirant doucement en bas, poursuivre le décollement jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la zone malade, afin d'obtenir un abaissement facile du manchon muqueux disséqué.

Etaler ce manchon devenu pendant. Sur la ligne médiane antérieure, inciser ce manchon de bout en bout soit directement, soit entre deux clamps parallèles (Delorme). Au sommet de l'incision, placer en muqueuse saine un point en U dont l'anse embrasse largement la muqueuse, dont les chefs traversent la peau et se nouent sur elle (Delorme). Ou bien, fixer simplement l'angle de l'incision muqueuse à la peau par un point.

Répéter la même manœuvre en arrière et sur le milieu des faces latérales du manchon. Celui-ci se trouve ainsi divisé en quatre valves égales fixées à la peau par leur base.

On peut alors sectionner franchement aux ciseaux chacune d'elles au ras de la peau et pratiquer une suture muco-cutanée qui en assure l'affrontement et la répartition régulière à la marge anale. Cette suture, en surjet ou à points séparés, sera faite avec du catgut n° 2.

b. **Procédé de Quénu** [1]. — Au lieu de réséquer systématiquement la muqueuse, Quénu, lorsqu'elle est saine à sa surface, se contente, après l'avoir libérée, de l' « éplucher » par sa face profonde en excisant aux ciseaux courbes toutes les petites ampoules veineuses qui font relief, puis resuture le manchon muqueux à la zone cutanée. Mais il reconnaît que ce procédé ne s'applique pas à tous les cas et doit céder le pas au Whitehead.

c. **Procédé de Potarca** [2]. — Pour faciliter l'incision péri-anale, la dissection et la suture régulière de la muqueuse, Potarca recommande la technique suivante :

1° Dilater l'anus avec un spéculum.

2° Avant de retirer le spéculum, introduire dans le rectum un gros cylindre de liège, mesurant 8 à 9 centimètres de longueur sur 3 centimètres

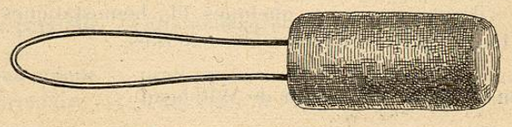

Fig. 1057. — Cylindre de liège de Potarca.

et demi de diamètre, et muni d'un manche en fil métallique (fig. 1057), ou simplement tenu à l'aide d'une bonne pince de Museux. Le spéculum est enlevé pendant que le bouchon est maintenu en bonne place et déplisse la muqueuse anale qui se rétracte sur lui.

3° A l'aide d'épingles fines dites de Carlsbad, espacées de 1 centimètre

[1] Quénu, *VII^e Congr. fr. de chir.*, 1893, p. 467.

[2] Potarca, *Rev. de chir.*, 1902, t. XXV, p. 607.

et disposées en couronne, fixer sur le bouchon la marge muco-tégumentaire.

4° Tirer sur le manche du cylindre pour tendre régulièrement la marge

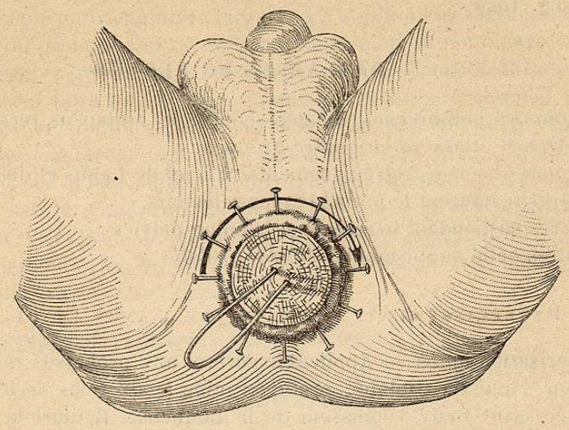

Fig. 1058. — Cure des hémorrhoïdes (Potarca).
Le cylindre est en place, la zone cutanéo-muqueuse fixée par des épingles. Incision circulaire de la peau.

que l'on incise circulairement derrière la couronne d'épingles (fig. 1058).

5° Refouler en arrière la marge tégumentaire de la plaie et le sphincter

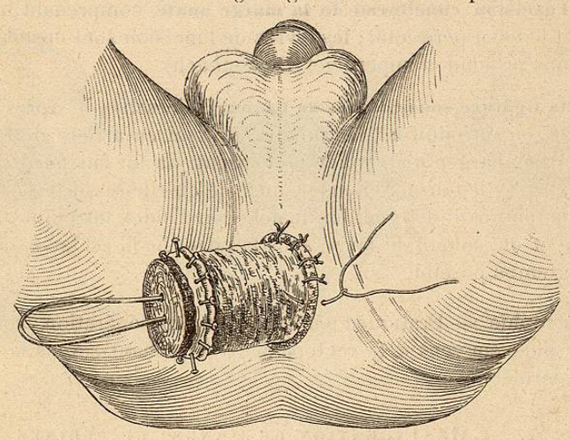

Fig. 1059. — Cure des hémorroïdes (Potarca). Suture des lèvres du fourreau muqueux central avec les bords cutanés.

anal, tandis que la muqueuse rectale avec ses vaisseaux variqueux reste sur le cylindre.

6° On peut alors ou bien ébarber les paquets variqueux à la façon de Quénu, puis laissant rentrer le cylindre et la muqueuse, suturer les lèvres

de la plaie muco-tégumentaire, ou bien, si la muqueuse est trop altérée, l'inciser circulairement en partie saine, en la suturant à mesure aux lèvres cutanées (fig. 1059).

VIII. — PROLAPSUS DU RECTUM[1]

Les méthodes nombreuses dirigées contre le prolapsus rectal peuvent être, avec Delbet, classées en quatre groupes :

1° Les unes visent le rétrécissement artificiel de l'anus et du rectum.

2° D'autres restaurent le périnée et les releveurs ;

3° D'autres suspendent le rectum et le côlon pelvien ;

4° D'autres enfin suppriment l'intestin prolabé.

§ 1. — Rétrécissement artificiel de l'anus et du rectum

1° Cautérisation ignée. — Applicable surtout aux prolapsus muqueux de l'enfant. Sur l'intestin prolabé, pratiquer cinq à six raies de feu longitudinales intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse. Réduire la tumeur et maintenir une constipation absolue pendant sept à huit jours.

2° Anorraphie. — Le rétrécissement de l'anus peut être réalisé de deux façons :

a. **Par l'excision cunéiforme de la marge anale**, comprenant la peau, le sphincter et le tissu périrectal ; les lèvres de l'incision sont ensuite suturées en deux plans profond et superficiel (Dieffenbach).

b. **Par la ligature sous-cutanée de l'anus** (Thiersch). — Après réduction du prolapsus on introduit à 1 centimètre et demi en arrière de l'anus, une aiguille courbe chargée d'un solide fil d'argent ; on lui fait faire en deux ou plusieurs reprises le tour de l'anus jusqu'à ce qu'elle ressorte par son point d'entrée. On tend le fil d'argent, on le noue sur l'index introduit dans l'anus on le coupe et on enfouit le nœud sous la peau. Le fil est laissé à demeure le plus longtemps possible.

3° Rectorraphie. — Pratiquée par Lange comme opération isolée, on la combine le plus souvent à la rectopexie (G. Marchant). Nous la décrirons avec cette dernière.

§ 2. — Restauration de l'anus, du périnée et des releveurs

1° Rectopérinéorraphie (Duret-Schwartz). — Le malade est placé en position gynécologique avec un fort coussin sous le sacrum, ou bien en position périnéale inversée (voir prostatectomie). Le rectum est tamponné.

[1] Cf. Lenormant, th. de Paris, 1903.

a. Le prolapsus est fixé, tendu et relevé à l'aide de deux pinces de Museux. Sur la face postérieure du rectum, on circonscrit au bistouri un lambeau elliptique ou triangulaire large de 4 à 6 millimètres, étendu du sommet à la base du prolapsus et comprenant seulement la muqueuse. Celle-ci est disséquée puis réséquée dans l'aire du lambeau et l'hémostase faite avec soin.

On excise alors un lambeau cutané triangulaire à sommet coccygien, à base anale se continuant avec l'extrémité du lambeau muqueux.

Pareilles excisions muqueuse et cutanée sont faites, moins étendues cependant, sur la face antérieure du prolapsus et sur le périnée antérieur.

b. On suture d'abord les pertes de substance de la muqueuse rectale à l'aide d'un surjet profond, puis de points séparés superficiels.

On réunit enfin les brèches périnéales antérieure et postérieure à l'aide de deux étages profond et superficiel.

2° Myorraphie des releveurs (Proust et Duval).

I. — *Chez l'homme*[1].

Malade en position périnéale inversée.

a. Incision prérectale, convexe en avant, réunissant les deux tubérosités ischiatiques et passant à 25 millimètres de l'anus.

Découvrir le raphé ano-bulbaire, sectionner les fibres antérieures du

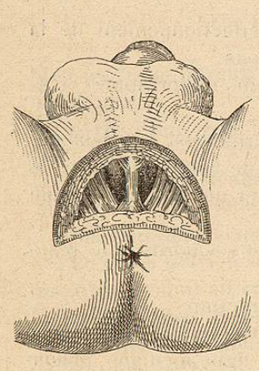

Fig. 1060. — Myorraphie des releveurs. Découverte des releveurs et du muscle recto-urétral (Guibé).

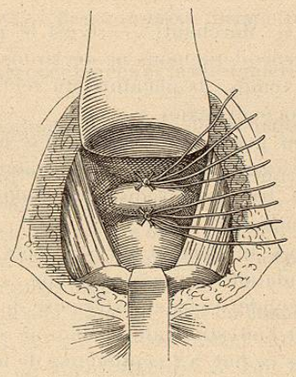

Fig. 1061. — Myorraphie des releveurs. Plissement du rectum (Guibé).

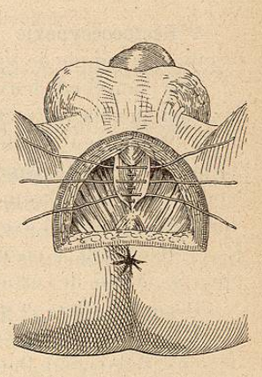

Fig. 1062. — Myorraphie des releveurs. Suture des releveurs (Guibé).

sphincter externe et reconnaître la face inférieure des releveurs. Isoler leurs bords inférieurs sur les côtés et au milieu le muscle recto-uréthral (fig. 1060).

b. Sectionner ce muscle au ras du bulbe, avec le bistouri tenu verticale-

[1] Pour les détails plus précis sur la technique de cette périnéotomie préliminaire, voy. Périnéotomie. Découverte de la prostate, page 1041.