

découvert des deux côtés. S'il était contracté, on le chercherait en arrière; quelquefois, dans ce cas, il est complètement caché sous le carré lombaire, qu'il faudrait diviser.

Le côlon enfin reconnu, on le traverse en haut et en bas avec deux aiguilles; de telle sorte qu'on puisse le tendre avec les deux anses de fil, écartées d'environ 3 centimètres l'une de l'autre. Dans l'intervalle des deux anses, on donne un coup de trocart: l'issue des gaz ou même des matières fécales délayées avertit que l'on est bien dans l'intestin, et avec un bistouri herniaire, on y fait une incision cruciale. Les matières commencent à sortir; on aide leur expulsion par une ou deux injections d'eau tiède, dirigées dans le bout supérieur et dans le bout inférieur. Quand le ventre est bien dégagé, on attire en avant l'ouverture faite à l'intestin à l'aide de trois pinces à torsion, et on la fixe à la peau par quatre points de suture entrecoupée, en renversant la muqueuse en dehors.

L'opération ainsi décrite n'offre pas de difficultés sérieuses. Je l'ai pratiquée deux fois: dans le premier cas, le ventre du malade était assez ballonné pour que les coussins sous l'abdomen fussent inutiles; mais dans le second il n'en était pas de même, et le rapprochement des côtes et de la crête iliaque, déterminé par une déviation de l'épine, ajoutait encore des difficultés d'un nouveau genre. Toutefois, ni dans un cas ni dans l'autre, je n'ai trouvé qu'il fût nécessaire de diviser crucialement les couches musculaires, qui se rétractent assez pour laisser voir le fond de la plaie; et pour mieux ménager le péritoine en avant, je me bornai à ouvrir l'intestin de haut en bas, avec une incision horizontale en dedans.

Mais chez les nouveau-nés, la présence du rein gêne singulièrement le chirurgien, surtout s'il n'est pas bien au courant des rapports anatomiques; dans un cas, Amussat divisa le rein croyant ouvrir l'intestin; dans un autre, il entama la capsule surrénale. Il faut donc se rappeler que le côlon est au côté externe du rein, et repousser celui-ci en dedans et en arrière pour aller chercher l'intestin en dehors.

*Appréciation.*—De prime abord, l'opération de Callisen offre sur l'autre cet immense avantage qu'elle n'ouvre pas le péritoine; j'ajoute pour mon compte qu'elle place l'anus artificiel en arrière. Mais plusieurs chirurgiens, préférant au contraire placer l'anus en avant, et regardant la plaie du péritoine comme peu de chose, donnent la préférence à l'opération de Littre. Laissons là les raisons théoriques, et examinons les résultats.

Amussat a rassemblé 44 opérations à la méthode de Littre, prati-

quées sur des nouveau-nés; il y a eu 7 morts et 7 guérisons. On avait craint que ces guérisons ne pussent assurer à l'enfant une vie bien longue; M. Rochard a communiqué à l'Académie trois observations d'enfants ainsi opérés qui ont vécu quatorze, trente et quarante-trois ans; et deux autres relatives à des femmes qui vivent encore, l'une à l'âge de quarante-trois ans, l'autre à quarante-six ans. La première a eu quatre enfants bien conformés; chez la seconde, robuste et bien constituée, on a noté que les selles sont solides, périodiques, et jusqu'à un certain point volontaires. Elle a le sentiment du besoin de la défécation, retire alors son bandage, et le remplace quand le besoin est satisfait. Dans les intervalles, il ne s'échappe qu'un petit suintement muqueux par le bout supérieur.

L'opération de Callisen, à ma connaissance, n'a été faite dans les mêmes circonstances que cinq fois. Bougon ne put éviter d'ouvrir le péritoine; l'enfant mourut. Sur les trois opérés d'Amussat, l'un a succombé le huitième jour; un autre a été perdu de vue le quatrième; le dernier, une petite fille, se portait bien un an après. Enfin Roche et Sanson parlent d'un jeune homme portant un anus lombaire depuis sa naissance, mais qu'ils n'ont pu voir ni interroger.

La balance des morts est donc à peu près égale; et les difficultés de l'opération pèsent fortement contre la méthode de Callisen.

Pour les adultes, je ne trouve que quatre opérations par le procédé de Littre, plus trois autres dans lesquelles on a ouvert le péritoine; 4 sujets ont échappé à l'opération; et l'on peut y ajouter une petite fille de quatre ans opérée avec succès par Desgranges. Pour l'opération de Callisen, pratiquée soit à droite soit à gauche, j'en ai rassemblé 10 cas, sur lesquels il y a eu 4 morts. Sans doute ici il faut faire la part de la lésion primitive, de l'état d'épuisement des malades; mais ces considérations sont communes aux deux opérations; et l'ouverture du péritoine paraissant plus grave chez les adultes que chez les nouveau-nés, c'est l'opération de Callisen qui paraît mériter la préférence.

## CHAPITRE VIII.

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ANUS ET LE RECTUM.

#### 1<sup>o</sup> Imperforation de l'anus.

*Anatomie.*—Quelquefois, chez les nouveau-nés, le rectum se termine en cul-de-sac; et ceci a lieu de trois manières: 1<sup>o</sup> l'anus

n'est fermé que par une membrane mince, ou par une couche de tissus qui ne dépasse pas l'épaisseur de quelques millimètres; 2° l'anus est ouvert, mais une cloison également mince existe à une légère hauteur; 3° enfin, soit que l'orifice anal existe ou n'existe pas, le cul-de-sac du rectum en est éloigné par une telle épaisseur de parties, qu'il est impossible de reconnaître le point où il se trouve. Il faut ajouter d'autres anomalies dans lesquelles l'intestin s'ouvre dans la vessie chez l'homme, dans le vagin chez la femme, ou enfin en quelque point de la paroi abdominale.

1° *Oblitération simple de l'anus.* — Quand une simple membrane ferme l'anus, et que la fluctuation, un relief, une tache bleuâtre, indiquent nettement la position du rectum, il suffit de plonger la pointe d'un bistouri droit au centre présumé de l'intestin; puis, soit avec le même bistouri, soit avec un bistouri boutonné, on fend la membrane de dedans en dehors et crucialement; on saisit chaque angle avec une pince, et l'on en fait l'excision. On panse ensuite avec une tente de charpie ou une mèche un peu grosse, pour prévenir le rétrécissement de l'anus.

2° *Oblitération du rectum à quelque distance de l'anus.* — On conseille généralement alors de faire une ponction avec le trocart ou le bistouri garni de linge jusque près de sa pointe; puis d'inciser la membrane en croix, et d'insister sur la dilatation.

Ce point de pratique demande de plus amples éclaircissements. D'après ce que j'ai pu voir, la cloison se trouve d'ordinaire à un centimètre au-dessus de l'anus, au niveau du plancher aponévrotique du bassin, au-dessus duquel le rectum est renflé en une large ampoule remplie de méconium. La ponction au trocart est généralement inutile, le méconium étant trop épais pour s'écouler par la canule; la ponction au bistouri ne peut non plus être admise que comme le premier temps de l'incision. Mais cette incision, au lieu de se faire à l'aveugle, peut être pratiquée presque aussi facilement que si la cloison était à l'anus; et j'y ai ajouté d'ailleurs une modification utile, comme on le verra dans le procédé suivant.

*Procédé de l'auteur.* — Le petit doigt porté dans l'anus, et la cloison bien reconnue, j'agrandis l'anus en avant d'un coup de bistouri; alors, l'enfant poussant de lui-même, on voit apparaître à chaque effort la cloison rectale presque au niveau de la peau. On la saisit avec des pinces à dents de souris, on la fend en croix, et l'on excise les deux angles postérieurs; après quoi on vide le rectum du méconium qu'il contient. Quant aux angles antérieurs, après les

avoir dépouillés de leur muqueuse du côté de l'anus, je les attire jusqu'au niveau de l'incision cutanée, à laquelle je les réunis par quelques points de suture entrecoupée.

On a ainsi une chance de plus d'éviter le rétrécissement consécuteur, si commun après les opérations de ce genre. Toutefois il ne faudrait pas pour cela omettre de le surveiller; il est donc utile de passer de temps en temps le petit doigt dans le rectum; et si l'on y rencontrait un rétrécissement, de débrider au besoin de quatre côtés avec un bistouri boutonné. J'ai opéré ainsi une petite fille, que j'ai revue plus d'un an après en parfaite santé, l'introduction du doigt ayant prévenu le rétrécissement du rectum.

3° *Ouverture du rectum dans le vagin.* — Martin avait proposé de diviser le périnée et la cloison jusqu'à l'anus anormal, et de porter l'incision en arrière jusqu'au voisinage du coccyx; alors on aurait placé dans le fond de la plaie une canule qui aurait continué le rectum, et l'on aurait réuni la portion antérieure de la plaie sur cette canule. Dieffenbach a suivi, à peu de chose près, ce procédé sur un enfant de trois ans, et a réussi. Il m'avait paru qu'il serait plus avantageux de porter une sonde cannelée par l'anus anormal pour faire saillir au périnée la paroi postérieure du rectum, d'inciser sur cette saillie sans diviser la fourchette, et de traiter ensuite l'autre ouverture comme une fistule recto-vaginale. M. Nélaton a imaginé un procédé bien supérieur, qu'il a mis en usage avec succès sur un enfant nouveau-né.

*Procédé de M. Nélaton.* — Il fit au périnée une incision cruciale, qui le conduisit sur le rectum. Il isola cet intestin en bas d'abord, puis sur les côtés; et, à l'aide d'un instrument mousse, parvint à le décoller complètement jusqu'au vagin. Enfin, avec un bistouri, il coupa circulairement son orifice anormal au ras du vagin; l'extrémité inférieure de l'intestin, devenue mobile, put alors être facilement déplacée et attirée en bas, et son orifice rattaché par des points de suture à la peau du périnée. L'intestin garda ainsi toute sa longueur; et de la fistule vagino-rectale il ne resta que l'orifice vaginal, qui ne communiquait plus avec le rectum.

4° *Absence de la partie inférieure du rectum.* — Il y a ici deux ressources: rétablir l'anus naturel en créant dans l'épaisseur des tissus la portion du rectum qui manque, ou établir un anus artificiel. J'ai traité ailleurs de la création d'un anus artificiel (voy. p. 614); il ne sera donc ici question que du rétablissement de l'anus naturel.

*Procédé ordinaire.* — On incise les téguments au lieu où devrait

se trouver l'anus naturel, en se rapprochant davantage du coccyx que de la partie antérieure du périnée; et l'on pénètre profondément dans la direction du rectum, en incisant les tissus couche par couche, et faisant précéder chaque coup de bistouri d'une exploration avec le doigt indicateur, pour éviter le vagin ou la vessie, et pour tâcher de reconnaître par la saillie et la fluctuation le siège du cul-de-sac du rectum. Quand on a le bonheur d'y arriver, on y fait une ponction, puis une incision qu'on agrandit en plusieurs sens, et l'on insiste sur la dilatation.

Ce procédé expose à l'infiltration des matières intestinales dans le tissu cellulaire où l'on a créé le trajet nouveau; et si l'enfant a échappé à ce premier danger, le rétrécissement ultérieur du trajet amène d'autres accidents auxquels il est bien rare qu'il puisse échapper. Amussat a cherché à éviter ce double péril à l'aide du procédé suivant.

*Procédé d'Amussat.* — Il s'agissait d'une petite fille chez laquelle le rectum s'arrêtait en cul-de-sac, à 5 centimètres et demi environ du périnée; de plus, complication rare, l'anus existait, mais allait s'ouvrir dans le vagin. L'opérateur négligea cette complication, et songea à refaire un autre anus de toutes pièces.

L'enfant étant placée sur une table, comme pour être taillée, le chirurgien, armé d'un bistouri à lame très courte et convexe sur le tranchant, fit une incision transversale de 15 à 18 millimètres d'étendue, derrière l'anus vaginal; une autre incision dirigée vers le coccyx donna la forme d'un T à l'ouverture, par laquelle il introduisit son doigt pour se frayer un passage entre le vagin et le coccyx et le sacrum. Il coupa et déchira le tissu cellulaire qui unit ces parties; une sonde placée dans l'anus vaginal mit en garde contre la perforation de la paroi postérieure du vagin; et il pénétra ainsi à près de 6 centimètres, où il rencontra l'extrémité de l'intestin. Dès ce moment, l'enfant poussa instinctivement, et donna le moyen de reconnaître beaucoup mieux que par le vagin la terminaison du rectum, qui formait une espèce de poche.

L'opérateur accrocha cette poche avec une double érigne; en tirant à lui, il dégagait l'intestin des adhérences faibles qui l'environnaient, excepté du côté du vagin, où il fut forcé de se servir du bistouri avec beaucoup de circonspection. Cette manœuvre facilita tellement les mouvements de traction, que bientôt on aperçut au fond de la plaie la poche intestinale; le méconium se faisait jour sur les côtés des crochets de l'érigne. Alors, on transperça le cul-de-sac de l'intestin avec une aiguille garnie d'un fil double, et, à l'aide de

ce moyen et de l'érigne, l'intestin fut amené au niveau de la peau. Une ouverture assez large ayant été pratiquée entre le fil et l'érigne, il en sortit aussitôt une grande quantité de méconium et de gaz. On saisit avec des pinces à torsion les bords de cette ouverture, et on les attira jusqu'au niveau de la peau, à laquelle on les réunit par six à huit points de suture, dans le but d'empêcher les matières stercorales de filtrer entre la muqueuse et la peau.

Tout alla à merveille: les fils ne coupèrent les tissus que du cinquième au dixième jour, et l'enfant n'éprouva aucun accident. Cependant, à partir du douzième jour, l'anus artificiel commença à se rétrécir, et il fallut le maintenir dilaté avec de grosses bougies à demeure. Amussat a pu avoir des nouvelles de l'enfant jusqu'à l'âge de huit ans et demi; elle allait à merveille; mais on était obligé d'entretenir la dilatation du rectum avec une canule de buis introduite de temps en temps.

J'ai eu occasion d'appliquer une fois ce procédé sur un enfant du sexe masculin, qui malheureusement succomba peu de jours après. Toutefois cet essai m'a permis de noter quelques faits utiles à connaître.

L'incision faite sur la ligne médiane, en se rapprochant du coccyx, ne rencontra aucun vestige du sphincter anal. A une certaine profondeur, il fallut, pour diriger le bistouri, transformer la première incision de la peau en incision cruciale; de même, le plancher musculéux et aponévrotique du bassin eut besoin d'être incisé en croix. Le cul-de-sac intestinal fut très facilement décollé du sacrum en arrière, moins aisément sur les côtés; il adhérait surtout en avant à la prostate, et le doigt qui avait suffi jusque-là dut être remplacé par la spatule, qui même n'obtint qu'un décollement très incomplet. Je passai alors, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil double à travers l'intestin; je l'attirai ainsi au dehors, et après l'avoir divisé en croix je réunis les quatre angles de l'incision aux angles de la peau. Le résultat était des plus satisfaisants; mais, en moins de quarante-huit heures, les sutures avaient coupé la muqueuse. Peut-être n'étaient-elles pas suffisamment multipliées; peut-être aussi conviendrait-il, pour assurer le succès, d'embrasser avec les fils une hauteur de la muqueuse d'au moins un centimètre.

#### 2° Corps étrangers dans le rectum.

Les instruments varient selon la nature et le volume des corps étrangers: ainsi, on peut employer l'indicateur seul ou avec le ponce, la main d'un enfant ou d'une sage-femme, une curette, une

cueillir, des pinces à polypes, des tenettes à lithotomie, pour tous les corps qui peuvent être saisis, une vrille ou un tirefond pour les morceaux de bois; des tenailles incisives pour diviser les anneaux métalliques et autres corps du même genre; enfin les pinces à trois branches peuvent trouver une utile application. On cite particulièrement l'heureuse inspiration de Marchettis, qui, ayant à retirer de l'anus d'une fille publique une queue de cochon introduite par sa base, et dont les soies coupées à court arc-boutaient contre l'intestin dans les efforts d'extraction, parvint à faire glisser sur le corps étranger une canule de roseau, par laquelle il retira la queue sans difficulté.

Dans les cas les plus difficiles, on a conseillé, pour dilater l'anus, l'emploi d'un spéculum à deux ou trois branches; ou bien encore de fendre largement l'anus du côté du coccyx avec un bistouri boutonné. Je pense que la dilatation forcée, par le procédé qui sera indiqué pour la fissure, serait plus prompte, plus simple, et pour le moins aussi efficace.

### 3° Fissure à l'anus.

La fissure à l'anus est une sorte de gerçure accompagnée de constriction spasmodique du sphincter; et l'on dit même avoir vu des cas où cette constriction sans fissure donnait lieu aux mêmes accidents. De là deux éléments, auxquels on s'est attaqué tour à tour. Ainsi, on a cherché à ramener la fissure aux conditions d'une plaie ordinaire, à l'aide de pommades toniques, astringentes, narcotiques; ou en la cautérisant avec le nitrate d'argent, ou enfin en excisant toute la surface ulcérée: moyens peu sûrs, et qui échouent le plus souvent. On a mieux réussi en combattant la constriction du sphincter; et il y a ici deux procédés, l'incision et la dilatation forcée.

1° *Incision. Procédé de Boyer.* — On a soin, au préalable, de vider l'intestin par un purgatif, et d'administrer un lavement le jour même où l'on opère, afin que le malade puisse rester plusieurs jours sans aller à la selle. On le fait coucher sur le côté; on porte le doigt indicateur de la main gauche enduit de cérat dans le rectum, et sur ce doigt on fait glisser à plat un ténotome mousse. Le tranchant du ténotome est alors dirigé vers le côté de la fissure, et l'on divise d'un seul coup la muqueuse intestinale, le sphincter, le tissu cellulaire et les téguments. Il en résulte une plaie triangulaire dont le sommet répond à l'intestin et la base à la peau; s'il est nécessaire d'allonger celle-ci, on le fait d'un second coup de bistouri.

Dans quelques cas, l'intestin fuit devant l'instrument, et la plaie du tissu cellulaire s'étend plus haut que celle de l'intestin; il faut alors introduire de nouveau le bistouri dans le rectum, pour prolonger l'incision de l'intestin.

Quand la constriction est extrême, on fait deux incisions semblables, l'une à droite, l'autre à gauche; et lorsque la gerçure est située en avant ou en arrière, Boyer recommande de ne pas la comprendre dans l'incision. On met dans chaque plaie une mèche de charpie, qu'on supprime au bout de deux ou trois jours; puis on panse à plat jusqu'à la cicatrisation parfaite, qui se fait ordinairement au bout d'un mois ou six semaines, quelquefois plus tard, plus rarement du quinzième au vingtième jour.

Blandin avait essayé de diviser le sphincter par une section sous-cutanée; mais, dès 1832, il s'était vu obligé de réopérer plusieurs malades par l'incision ordinaire. Il est difficile en effet de couper tout le muscle; et d'ailleurs on arrive aujourd'hui plus sûrement au but par le procédé suivant.

2° *Dilatation forcée.* — Le sujet couché sur le bord du lit, les cuisses fortement fléchies et écartées, on introduit l'un après l'autre les deux pouces dans le rectum, les quatre autres doigts de chaque main appliqués en dehors sur les tubérosités sciatiques; puis on écarte violemment les pouces en dehors, jusqu'à ce que la pulpe vienne toucher la face interne des tubérosités sciatiques. On a la sensation d'une rupture profonde; un peu de sang coule de la fissure; il y a aussi une ecchymose plus ou moins forte autour de l'anus; mais jusqu'ici on n'a pas vu d'autre accident. Tout pansement est inutile; et, dès le jour même ou le lendemain, les malades peuvent se tenir debout et s'asseoir sans douleur.

*Appréciation.* — La dilatation forcée est excessivement douloureuse; mais l'incision ne l'est pas moins, et effraye beaucoup plus les malades; d'ailleurs, on prévient les douleurs dans l'un et l'autre cas par l'éthérisation. On pouvait craindre cependant que la déchirure produite par la dilatation forcée n'amenât des conséquences graves; l'expérience n'ayant pas vérifié ces craintes, ce procédé est aujourd'hui généralement préféré à l'incision.

### 4° Fistule à l'anus.

On distingue les fistules *borgnes externes*, qui ne communiquent point avec l'intestin; les fistules *borgnes internes*, qui ne communiquent point à l'extérieur; et les fistules *complètes*, qui présentent

un trajet étendu de l'intestin à la peau qui avoisine l'anus. Souvent il y a plusieurs orifices à l'extérieur, plus rarement à l'intérieur; et plusieurs clapiers communiquant avec le trajet principal. L'orifice interne est quelquefois bordé d'un bourgeon saillant; mais presque toujours il est lisse et ne peut être reconnu au toucher. Il se rencontre généralement entre la peau et le sphincter, ou dans le tissu même du sphincter, et rarement à plus de 3 centimètres au delà de l'anus. Quand il s'élève plus haut, assez souvent l'intestin est décollé des tissus ambiants dans une certaine étendue.

Les fistules *borgnes externes* se traitent comme les ulcères fistuleux ordinaires par les injections, par la compression, la cautérisation; ou bien en ravivant leur trajet, ou en agrandissant l'orifice extérieur qui ne donne passage au pus que difficilement, ou encore en enlevant quelque portion de peau calleuse et malade; et si enfin la paroi du rectum est trop amincie pour qu'on puisse en espérer le recollement, un dernier moyen est de comprendre le rectum dans l'incision du trajet fistuleux.

Les fistules *borgnes internes* doivent être largement ouvertes par une incision qui comprend à la fois le rectum et les téguments.

Quant aux fistules *complètes*, on a aussi essayé de les traiter comme des ulcères fistuleux, par les injections, la compression, la cautérisation; et l'on a ainsi obtenu quelques guérisons, aussi rares que les guérisons spontanées. La communication avec le rectum, le suintement des matières qui traversent cet intestin, l'effort des gaz, sont des obstacles si puissants à l'oblitération du trajet fistuleux, que l'on compte même moins de guérisons de ce genre que dans les fistules stercorales succédant aux hernies étranglées. Reste une indication bien différente, la destruction des parties molles qui séparent la fistule de la cavité rectale, pour confondre en un canal unique et la fistule et l'intestin. On y arrive par trois principaux procédés, qui sont l'*incision*, la *ligature*, et la *section par pincement*.

Toutes ces opérations exigent d'ailleurs que l'on s'assure au préalable de la direction de la fistule, comme de l'existence et de la position de son orifice interne; cette exploration se fait par le procédé suivant.

Le malade couché sur le bord de son lit, la cuisse de dessous étendue, l'autre fléchie, un aide se charge d'écarter les fesses. On découvre sans peine l'orifice externe de la fistule par les humidités stercorales qui en sortent. Quand l'orifice interne se trouve au

milieu d'une petite induration en cul de poule, ou d'un ulcère assez large, l'indicateur le reconnaît encore aisément; on peut aussi aller à sa recherche à l'aide du *speculum ani*. Mais il est rare que l'on ait recours à cet instrument; on se borne en général à introduire par l'orifice externe un stylet boutonné d'argent recuit, avec lequel on suit le trajet fistuleux jusqu'à son orifice dans le rectum. Le stylet pénètre facilement quand le trajet fistuleux est simple et direct; mais quand celui-ci se recourbe en divers sens ou qu'il y a plusieurs clapiers, il faut porter le stylet dans chaque clapier. Enfin, fréquemment le stylet, glissant avec liberté jusque près de l'intestin, est arrêté par la muqueuse qu'on sent partout décollée, et ne peut trouver l'orifice interne. Ce n'est pas une contre-indication à l'opération; seulement le procédé a besoin alors d'être modifié.

4° *Incision*. — Il convient avant tout, pour raréfier les selles après l'opération, de purger le malade dès la veille; quelques-uns ajoutent même un lavement immédiatement avant l'opération.

L'incision se pratique par deux procédés principaux, selon que l'orifice interne est à la portée du doigt, ou s'élève beaucoup au-dessus.

*Procédé ordinaire*. — Lorsque l'orifice interne se trouve à la portée du doigt, le malade placé comme pour l'exploration, le chirurgien introduit par l'orifice externe une sonde cannelée d'argent recuit et flexible, et porte en même temps l'indicateur gauche dans le rectum. Quand il sent le bout de la sonde qui arc-boute contre les tuniques de l'intestin, il cherche l'orifice interne de la fistule, le traverse avec la sonde, et ramène celle-ci par l'anus. On fait alors glisser la pointe du bistouri le long de la cannelure, le tranchant en dehors, de manière à couper d'un seul coup et de dedans en dehors toutes les parties soulevées par la sonde, c'est-à-dire la peau, l'intestin et l'anus.

Si l'on ne peut trouver l'orifice interne, on perfore la muqueuse au point le plus élevé du décollement, et le reste se fait à l'ordinaire.

*Procédé de Desault*. — Quand l'orifice interne est situé plus haut, on introduit par l'anus un gorgéret de buis ou d'ébène, arrondi en demi-cylindre d'un côté, creusé d'une large cannelure avec un cul-de-sac de l'autre, et d'ailleurs suffisamment huilé. On introduit ensuite la sonde dans le trajet fistuleux à l'ordinaire, et l'on arc-boute son extrémité contre le cul-de-sac du gorgéret. On fait jouer les deux instruments l'un sur l'autre pour s'assurer de leur parfait contact; puis on confie le gorgéret à un aide, qui le tient solidement en l'inclinant du côté de la fesse saine. Le chirurgien saisit la sonde

lui-même, conduit dans sa cannelure la lame d'un bistouri droit jusqu'au gorgeret, et incline un peu le bistouri vers celui-ci pour couper autant du tranchant que de la pointe, et faire agir l'instrument plutôt en sciant qu'en pressant. Il tire donc le bistouri à lui sans abandonner le gorgeret, et divise ainsi tout ce qui est compris entre les deux. Il faut, pour que l'incision soit complète, que l'on puisse retirer ensemble la sonde et le gorgeret, maintenus en parfait contact. Si quelque portion n'a pas été incisée et les arrête, on reporte de nouveau le bistouri dans la cannelure de la sonde jusqu'au gorgeret, et l'on ramène en dehors à la fois le bistouri et le gorgeret réunis à angle, en sorte que rien de ce qui est compris dans cet angle ne puisse plus échapper.

Dans le cas où l'on ne trouverait pas l'orifice interne, la sonde appuyant contre le gorgeret, dont elle serait séparée par la paroi intestinale, on ferait agir à l'ordinaire le bistouri, qui diviserait alors cette paroi; ou bien on se servirait d'une sonde d'acier un peu pointue, qui traverserait elle-même la paroi intestinale pour s'appuyer immédiatement contre le gorgeret (Roux).

Quand la fistule est simple, une simple incision suffit. Si la peau est décollée dans une plus ou moins grande étendue, il faut la fendre et l'exciser pour obtenir une plaie plate. La dénudation de l'intestin au-dessus de l'incision exige qu'on y porte des ciseaux dirigés sur le doigt indicateur, pour inciser la portion décollée et flottante. Quand il y a plusieurs trajets aboutissant à un orifice commun, on les fend tous successivement; et si la peau qui les sépare est amincie, décollée ou altérée, on l'excise. Les callosités ont rarement besoin d'être emportées; il suffit de les scarifier en divers sens pour que la suppuration en amène la fonte. Enfin quand, après l'incision faite, on reconnaît que le fond de la fistule est inégal, creusé de petits clapiers ou de petits trajets fistuleux sans orifices internes, il faut les diviser largement. J'ai vu, faute de cette précaution, une opération de fistule à l'anus laisser au malade presque les mêmes inconvénients qu'auparavant.

Quelquefois le trajet fistuleux est si étroit, que la sonde ne peut le traverser; on peut alors substituer à la sonde le stylet cannelé, ou bien tenter la dilatation préalable avec des bougies. S'il existait chez le même individu plusieurs fistules isolées, on pourrait les inciser l'une après l'autre en plusieurs temps (Amussat); ou, si elles étaient l'une près de l'autre, commencer par les réunir en une seule en divisant la cloison qui les sépare, et inciser dans un second temps le rectum (Jobert).

Le pansement est ici fort important. Il faut tenir les deux lèvres

de la division écartées dans toute leur étendue, soit avec une mèche de charpie, soit avec une simple bandelette enduite de cérat pour les empêcher de se recoller.

2° *Ligature*. — On peut se servir de fils métalliques introduits seuls, ou à l'aide de la sonde cannelée, ou enfin par la canule d'un trocart préalablement glissé dans le trajet fistuleux (Desault). Quand le bout du fil a pénétré dans l'intestin, on le ramène au dehors; on le tord avec l'autre bout pour étreindre les parties à diviser, et l'on augmente la torsion et la striction quand on le juge nécessaire.

Il serait plus facile d'introduire un cordonnet de soie à l'aide d'un stylet aiguillé d'argent flexible; et au lieu du serre-nœud recommandé par les auteurs, et dont la présence serait fort incommode, nous conseillerions de serrer simplement le cordonnet, soit avec un nœud et une rosette, soit avec un double nœud. Dans ce dernier cas, il serait encore facile d'augmenter la striction en coupant le nœud, et en attachant à l'un des bouts de l'ancienne ligature un lien nouveau qu'on ferait passer dans le trajet fistuleux à la manière d'un sétou.

La ligature est lente, souvent douloureuse, surtout quand la peau seule reste à diviser; souvent alors il a fallu terminer la section avec le bistouri. C'est donc un moyen secondaire, et qu'il ne faut employer que quand les malades se refusent à l'incision.

Mais l'incision elle-même, quand la fistule remonte très haut, et surtout quand elle est séparée du rectum par une grande épaisseur de parties, expose à de graves accidents: d'abord à des hémorrhagies qui ont été plus d'une fois mortelles; puis à la lésion du péritoine, arrivée une fois à Roux. La division par pincement, appliquée ici par Gerdy, constitue une précieuse ressource.

3° *Division par pincement*. — L'instrument préféré par Gerdy était l'entérotome de Dupuytren; cependant, dans un cas où les sinuosités de la fistule ne permettaient pas à l'instrument de pénétrer fort loin, il se servit pour la première section de la pince de Breschet pour le varicocèle, instrument du même genre, mais moins long et moins lourd à la fois.

Il faut commencer par diviser avec le bistouri le pont cutané qui sépare l'anus de l'orifice externe. Puis on porte la branche mâle de l'entérotome dans la fistule, la branche femelle dans le rectum, assez haut pour embrasser du premier coup, s'il est possible, toutes les parties à diviser. On réunit ensuite les deux branches, et on les serre au moyen de la vis jusqu'à ce que le malade accuse une trop

vive douleur; à ce signal on s'arrête, sauf à accroître la pression le lendemain. Si la douleur devenait trop vive, on desserrerait quelques tours de vis.

Quand la pression est complète, en général la section est terminée le cinquième jour, et l'instrument tombe de lui-même, entraînant entre ses mors une bandelette de parties mortifiées. Si l'on n'a pu comprendre dans les mors toute la hauteur de la fistule, on les réapplique une seconde, et au besoin une troisième fois. Lorsque enfin tout le trajet a été divisé, il importe encore, comme après l'incision, d'explorer toute la surface de la section, pour s'assurer s'il y a des brides ou des sinus qui nuiraient à la cicatrisation régulière; auquel cas on les diviserait avec des ciseaux ou le bistouri.

On appliquerait de même aux fistules anales tous les autres moyens de division; et M. Chassaignac, par exemple, se sert de son écraseur linéaire. Mais, pour les petites fistules, le bistouri a pour le moins autant d'avantages; pour les fistules très considérables nul autre procédé n'offre autant de sécurité que celui de Gerdy.

##### 5° Des polypes du rectum.

Ces polypes sont généralement mous, variqueux, spongieux ou fongueux; d'ordinaire arrondis ou piriformes, quelquefois en champignon, souvent formés en apparence par la réunion de plusieurs lobes; adhérant à la muqueuse par une large base, ou par un pédicule plus ou moins long et étroit. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule. Ils occupent, en général, la partie du rectum voisine de l'anus; quelquefois ils s'en éloignent assez pour que le doigt ne puisse atteindre leur pédicule.

On peut attaquer ces polypes par tous les moyens mis en usage contre les autres: excision, ligature, écrasement linéaire, cautérisation, etc. Mais les procédés les plus usités sont l'excision et la ligature.

1° *Excision.* — On donne un lavement et l'on recommande au malade de faire des efforts pour l'expulser, afin de faire sortir en même temps le polype. Dès qu'il apparaît au dehors, on fait coucher le malade sur le côté, on saisit le polype avec des pinces; et on l'attire pour découvrir son pédicule, que l'on coupe avec des ciseaux. Si le pédicule ne pouvait être amené au dehors, on dilaterait l'anus avec un spéculum, ou bien encore à l'aide du procédé décrit pour la fissure.

2° *Ligature.* — Le polype attiré au dehors comme pour l'excision,

on place autour de son pédicule une ligature fortement serrée, et on l'excise au-dessous du lien, à une distance assez grande pour que celui-ci ne soit pas exposé à s'échapper. Après cette excision, le pédicule rentre avec la ligature; il se détache au bout d'un certain nombre de jours.

Dans un cas où un polype du volume d'un œuf avait sa racine à 46 centimètres au-dessus de l'anus, Desault en pratiqua la ligature au moyen des instruments qui servent à lier les polypes de l'utérus, sans y joindre l'excision. Le malade guérit.

L'excision est plus rapide et plus simple; je ne l'ai jamais vue suivie d'hémorrhagie; c'est pourquoi je l'ai adoptée d'une manière générale, en réservant la ligature pour les cas exceptionnels.

##### 6° Procidence de la muqueuse rectale.

C'est ce que l'on appelle improprement *chute du fondement*, ou même *chute du rectum*; il n'y a en effet que la muqueuse relâchée et décollée des autres tuniques qui sort au dehors, toutes les fois que le sujet pousse pour aller à la selle ou se livre à des efforts de toute nature.

On a imaginé divers appareils pour soutenir l'anus et faire obstacle au prolapsus. Quand leur impuissance oblige à recourir à la médecine opératoire, il y a là deux éléments principaux, l'élargissement de l'anus et le relâchement de la muqueuse, auxquels on s'est attaqué tour à tour. De là deux méthodes très distinctes, dont la première s'attache à rétrécir l'anus; et l'autre à détruire l'excédant de la muqueuse.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Rétrécissement de l'anus.* — Il y a trois procédés: l'excision des plis de l'anus, l'excision du sphincter, et la cautérisation.

1° *Excision des plis de l'anus. Procédé de Dupuytren.* — Le malade est couché sur le ventre, la partie supérieure du tronc et la tête dans une position déclive, le bassin au contraire fort élevé à l'aide de plusieurs oreillers. On écarte les cuisses et les fesses pour mettre l'anus en évidence; l'opérateur, armé d'une pince à dissection à mors larges pour causer moins de douleur, saisit successivement à droite et à gauche, et même en avant et en arrière, deux, trois, quatre, cinq ou six des plis rayonnants de l'anus, quelquefois effacés ou plus ou moins saillants; et, avec des ciseaux courbes sur le plat, il enlève chaque pli à mesure qu'il est soulevé. Cette exci-