

Res. Vol. XIX. B. 10. 5. 762. 2

# DISSERTATION

SUR

## LES FISTULES

A LA MARGE DE L'ANUS,

Présentée à l'Ecole de Médecine de Montpellier,  
le 9 Brumaire An XIII, (21. octobre 1804).

PAR JEAN-FRANÇOIS-ISIDORE DOMONT, natif de Coisy, Département de la Somme, ancien Chirurgien de première classe aux armées des Pyrénées et des Hôpitaux militaires de Toulouse, attaché maintenant au 3.<sup>e</sup> Régiment d'artillerie à pied ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN CHIRURGIE.

*Cette thèse a été soutenue effectivement par M. Domont  
mais elle a été faite et composée par le fils de  
son premier Maître, M. Charles Viguerie  
(Cécile Sureau).*

A MONTPELLIER,

DE L'IMPRIMERIE DE J.-G. TOURNEL, IMPRIMEUR DES ÉCOLES DE  
MÉDECINE ET DE PHARMACIE, PLACE DE LA PRÉFECTURE, N.<sup>o</sup> 216.

AN XIII -- 1804.



1787  
DISTRIBUTION

LES LISTES

A LA FACULTÉ DE LAZARUS

Imprimé à Paris chez la Citoyenne de la République  
de la rue de la Harpe, n. 111. (1787)

En l'an de la République Française, le 10  
Mars, l'an 4. Les Citoyens de la Faculté de  
Lazarus, ont l'honneur de vous adresser  
ci-joint les listes des Citoyens de la Faculté  
de la République Française, qui ont été  
inscrits dans le tableau de la Faculté de  
Lazarus, le 10 Mars, l'an 4.

LES LISTES DES CITOYENS DE LA FACULTÉ DE LAZARUS

Les listes des Citoyens de la Faculté de Lazarus, qui ont été  
inscrits dans le tableau de la Faculté de Lazarus, le 10 Mars,  
l'an 4. Les Citoyens de la Faculté de Lazarus, ont l'honneur  
de vous adresser ci-joint les listes des Citoyens de la  
Faculté de Lazarus, qui ont été inscrits dans le tableau de  
la Faculté de Lazarus, le 10 Mars, l'an 4.

MONTELLIER

En l'imprimerie de la Citoyenne de la République  
de la rue de la Harpe, n. 111.

AN XII - 1804

A

JEAN-LOUIS DOMONT,

MON PÈRE;

A

PIERRE DOMONT,

MON COUSIN ET BEAU-PÈRE.

J. F. I. DOMONT.

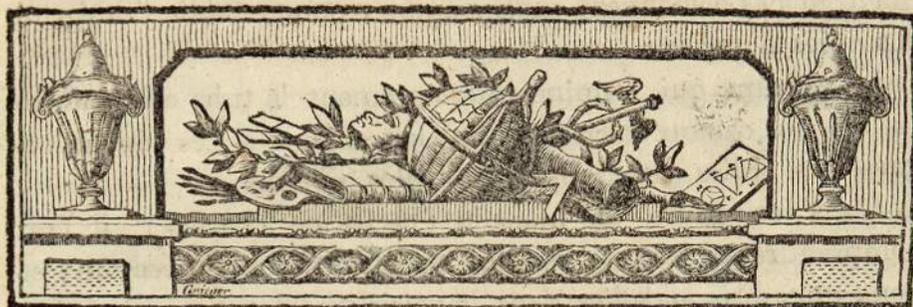
JEAN-LOUIS DOMONT

MON PÈRE

PIERRE DOMONT

MON COUSIN ET BEAU-PÈRE

J. L. DOMONT



# DISSERTATION

SUR

## LES FISTULES

A LA MARGE DE L'ANUS.

---

**L**ES canaux excréteurs sont exposés fréquemment à des ulcérations. La suite inévitable de ces lésions est l'écoulement de l'humeur qui doit les parcourir dans l'état naturel. Le passage de cette tumeur continue pendant un certain temps dans ces ouvertures, les rend fistuleuses, et des opérations

chirurgicales deviennent indispensables pour rétablir l'intégrité des voies naturelles.

Le rectum qui termine inférieurement le tube alimentaire est un des canaux excréteurs le plus exposé à ces lésions organiques. Elles sont appelées fistules à l'anus.

Dans ce genre de maladie (la fistule à l'anus), il faut comprendre et les ulcères qui pénètrent dans le rectum, et ceux que des maladies dans le voisinage de ce canal entretiennent.

On a beaucoup varié sur le genre de désorganisation qui l'accompagne, les uns l'ont regardé comme un ulcère entretenu par des callosités, les autres comme produit par une ouverture plus ou moins grande du rectum : ceux-ci ont pensé que la seule dénudation du rectum suffisoit pour établir la fistule ; ceux-là ont retrouvé dans la disposition des parties voisines une cause suffisante de l'entretien de l'ouverture fistuleuse, etc. etc.

Vouloir définir cette maladie qui comprend une infinité de variétés, et qui n'étant pas toujours essentiellement la même, admet beaucoup de différences, ce seroit s'exposer à n'en donner qu'une idée imparfaite. On peut voir dans les auteurs anciens et modernes, combien peu ils sont d'accord dans leurs manières de considérer les fistules à l'anus.

On a reconnu des fistules incomplètes et des fistules complètes ; les premières sont admises par la plupart des auteurs, et sont rejetées par quelques autres comme n'existant pas et n'ayant jamais existé. Ceux qui en admettent l'existence, les distinguent en borgne interne et en borgne externe ; parmi ceux qui croient à ces fistules incomplètes, il en est qui nient l'existence des fistules borgne interne.

Je pense que si on n'est pas d'accord sur un sujet que l'on a tous les jours occasion de voir, il faut l'attribuer plutôt à la manière d'envisager la chose, qu'au défaut d'attention. Qui

pourroit en effet croire à l'existence d'une fistule borgne externe de l'anus? Cette seule circonstance d'une ouverture extérieure unique doit exclure toute idée semblable; mais si, par fistule borgne externe, on entend un ulcère qui est évidemment fistuleux, entretenu par une cause autre que l'ouverture du rectum, ce seroit également se refuser à l'évidence que de nier l'existence d'une maladie aussi fréquente. Quant à la fistule borgne interne, elle est extrêmement rare, mais elle existe : on a des exemples qui ne permettent pas de la méconnoître.

Une autre division est donc nécessaire, et la suivante me paroît conforme à la nature de la maladie. Chercher la dénomination d'un objet dans sa cause même, ou à son défaut dans un des caractères les plus saillans, c'est agir sagement je pense. Dans la fistule complète, la cause qui l'entretient est le passage des matières ou plutôt des humidités de l'anus par l'ouverture fistuleuse dans le sinus. Nommons-les donc fistules stercorales.

L'absence de l'ouverture intérieure dans les autres fistules voisines du rectum et de l'anus (nous ne parlerons pas des fistules urinaires qui forment une classe à part), et par suite le non-suintement des humidités stercorales nous fournissent un caractère d'autant plus tranchant, qu'il est en opposition avec le précédent; et nous pouvons appeler celles-ci fistules stercorales, que l'on distinguera ensuite par les causes probables qui les entretiennent, telles que la carie des os, la dénudation, les callosités, l'impossibilité du recollement, etc. etc.

#### DIFFERENCES.

Nous distinguons donc les fistules, en stercorales et non-stercorales; il paroît peut-être étonnant que nous considérions ces deux espèces distinctes de fistules, sous le même point de vue :

ce sentiment cessera bientôt, si, comme nous le prouverons dans la suite, il est vrai qu'elles demandent pour la plupart le même traitement.

Il existe encore entre les fistules des différences moins essentielles à la vérité, mais qui méritent d'être notées parce qu'elles changent quelque point du traitement.

Il est des fistules sans duretés ni callosités aux environs de l'ouverture extérieure; il en est d'autres où elles sont très-nombreuses; il est rare même de ne pas en trouver dans les fistules un peu anciennes. Quelquefois la peau est dénudée, dédoublée, rougeâtre, et ne peut se recoller aux parties sous-jacentes. Cet état de la peau s'observe fréquemment à la suite des abcès inflammatoires et des froids, dont on n'a pas fait l'ouverture assez tôt, et de ceux dont on a abandonné l'évacuation aux soins de la nature. Le plus communément l'ouverture extérieure est unique; il n'est pas rare cependant de trouver des fistules dont l'orifice est multiple. Cet état s'observe exclusivement dans les fistules stercorales.

Une différence qui mérite la plus grande attention est celle qui s'observe dans la profondeur des fistules; tantôt les fistules non-stercorales se portent plus ou moins près du rectum, quelquefois même ce boyau est dénudé, tantôt on observe une distance assez grande entre le fond de la fistule et les parois du rectum. Dans les stercorales, tantôt l'orifice intérieur est à quelques lignes seulement de l'anus, et tantôt il se trouve à plusieurs pouces de profondeur, quelquefois hors de la portée du doigt et des instrumens.

Les différences que les causes apportent dans les fistules à l'anus, méritent la plus grande attention.

C'est encore à cause des différences qu'on les a distinguées en fistules simples et compliquées.

## CAUSE

Les fistules non-stercorales reconnoissent pour cause première le plus fréquemment, la formation d'une tumeur avec fluctuation aux environs du rectum et de l'anus, et tantôt ce sont des dépôts par congestions ou symptomatiques, tantôt des abcès froids, tantôt des abcès inflammatoires qui parcourent leurs périodes avec plus ou moins de rapidité, mais toujours d'une manière aiguë, tantôt des abcès critiques, tantôt de petits tubercules suppurés (1). Quelquefois cependant cette cause première est l'introduction d'un corps étranger comme un couteau bien mince ou la pointe des ciseaux, celle de fers à rouler les cheveux, etc. etc.

Si à ces différentes causes ou internes ou externes, il ne se joignoit pas des causes secondaires et qui décident l'état fistuleux des sinus, il n'y a pas de raison pour que ces sinus ne fussent bientôt cicatrisés : or, voici la plupart des causes accessoires que l'expérience a fait reconnoître, et leur manière d'agir.

1<sup>o</sup>. A la suite des dépôts par congestion, tantôt c'est la carie des os voisins, tels que le sacrum, le coccyx, les os innominés, qui détermine et entretient l'état fistuleux ; tantôt ces dépôts par congestion sont la suite d'une carie des vertèbres lombaires ou dorsales. Le pus a glissé le long des muscles, s'est introduit dans l'excavation du bassin, s'est frayé un passage à travers les fibres du muscle releveur de l'anus et a proéminé aux environs.

2<sup>o</sup>. Chez le phthisiques il se forme quelquefois une tumeur

---

(1) J'ai cru devoir faire une mention expresse de toutes ces circonstances, parce que leur connoissance influe prodigieusement sur le pronostic, et par suite, sur les indications curatives.

avec douleur aux environs de l'anus, à mesure que l'inflammation fait des progrès et que la suppuration se forme, les malades éprouvent un soulagement marqué dans la maladie principale ; l'abcès s'ouvre enfin et le trajet devient fistuleux. Cet abcès a été purement symptomatique, il n'a aucun caractère critique. La fistule persiste et produit un amendement dans la maladie dont elle est le symptôme.

3°. Rarement voit-on des abcès froids se former dans les environs de l'anus, à cause de la grande quantité de tissu cellulaire qui se trouve dans ces endroits et où l'inflammation fait des progrès rapides.

On ne peut cependant pas révoquer en doute l'existence de cette cause, et ce sont les cas où les callosités entretiennent plus fréquemment la maladie.

4°. Une chute sur la fesse, une pression exercée pendant un certain temps sur le même endroit, un état d'irritation habituelle à la suite d'une maladie grave, le principe délétère porté sur le tissu graisseux qui environne le rectum, l'inflammation gagne, parcourt les périodes d'une manière aiguë, l'abcès s'ouvre, ou bien l'art. évacue le pus, les duretés des environs diminuent, disparaissent, mais la fistule a lieu, et l'on ne peut en obtenir la guérison.

Plusieurs causes dans ce cas s'y opposent ; quelquefois le tissu cellulaire a presque totalement disparu par la rapidité avec laquelle la suppuration s'est faite, et les parois du rectum sont restées dénudées, il suffit de cette dénudation pour empêcher la cicatrice ; d'autrefois le sinus fistuleux est très-éloigné des parois du rectum de six lignes, d'un pouce même, et la cause de la non-cicatrice du trajet se trouve dans les dispositions des parties voisines, entre la peau d'une part, le releveur de l'anus de l'autre, l'intestin rectum dans le centre et les os du bassin dans leur circonférence ; on

ne trouve qu'une très-grande quantité de tissu cellulaire graisseux très-lâche. Il favorise merveilleusement les fonctions du rectum destiné par sa position à recevoir les matières fécales qui se portent continuellement vers la partie la plus déclive, par nos habitudes à les retenir pendant un espace de temps plus ou moins long. Les rides considérables ou plutôt les replis membraneux longitudinaux dont il est hérissé, fournissent un développement qui nécessite l'accumulation des matières, et le grand nombre de fibres musculaires qu'il possède lui permettent de se débarrasser de cet amas, quand le besoin l'exige, ou que la gêne en provient.

Il est aisé d'apercevoir par ce qui précède, que ces parties sont séparées par un certain intervalle, et que lorsque la distention est aussi considérable que possible, ses parois se rapprochent de celles du bassin.

Si par une inflammation aiguë le tissu cellulaire est sinon détruit, du moins diminué, ce corps membraneux perd sa propriété principale, la mobilité et la facilité à s'étendre. Quand le rectum n'est point distendu, il reste entre lui et les parois du bassin un espace plus ou moins grand, et ces changemens alternatifs et répétés dans les rapports du rectum avec les parois du bassin, apportent un obstacle invincible à la cicatrice. On sait que cette dernière résulte d'abord de l'affaissement des parties voisines, puis de la dessiccation des bourgeons charnus les plus superficiels : or ici il ne peut y avoir affaissement dans des parties osseuses, immobiles, et il y a de plus, dérangement perpétuel dans la cicatrice par le changement répété, dans l'état et les dispositions relatives du rectum.

Cette cause agit non-seulement dans les fistules, suite d'abcès inflammatoires aigus, mais même dans les autres. Il est vrai qu'elle est cause principale dans les premières, et

qu'elle est cause accessoire dans les autres. N'agiroit-elle pas ? Les fistules existeroient toujours.

5.º Les fistules qui surviennent à la suite d'une plaie extérieure, sont entretenues par les causes ci-dessus exposées; c'est-à-dire, le changement perpétuel du rapport du rectum et des parties voisines.

### FISTULES STERCORALES.

La cause des fistules stercorales est toujours la crevasse ou l'ouverture des parois du rectum. Différentes causes la produisent.

1.º Une petite tumeur inflammatoire ou hémorroïdale de la membrane interne du rectum, s'abcède; le résultat est un pertuis qui d'une part pénètre dans le rectum; de l'autre plonge dans le tissu cellulaire. Cette ouverture donne passage aux humidités stercorales qui se répandent dans les environs, et déterminent des abcès stercoraux.

2.º Un corps étranger avalé peut parcourir le canal intestinal; arrivé dans le rectum, déjà distendu par les matières accumulées, il peut se placer en travers, se présentant dans cette direction pour passer par le sphincter. Le rétrécissement que le canal éprouve dans cet endroit, l'empêche de passer, il l'engage dans la tunique du rectum, y produit une ouverture dans laquelle il passe; les humidités concourent à produire de l'irritation, de l'inflammation, et par suite un abcès stercoral.

3.º On peut présumer que l'introduction d'un corps étranger dans une des lacunes qui abondent à l'extrémité du rectum, doit exciter de l'inflammation, de la suppuration, et enfin un abcès stercoral.

Des exemples qui prouvent l'existence de cette cause manquent, mais rien n'annonce qu'elle soit imaginaire.

Il faut observer que ces causes produisent l'ouverture du

rectum ; celle-ci doit être relative à l'intensité de la cause, que les humidités stercorales qui s'introduisent dans le tissu cellulaire circonvoisin, jointes dans quelque cas à un corps étranger, produisent une inflammation d'autant plus active que l'ouverture est plus grande, et par suite des abcès stercoraux que l'on a distingués à cause de leur volume, en abcès tuberculeux, phlegmoneux et gangréneux. Quelquefois l'ouverture produite par une tumeur inflammatoire ou hémorroïdale suppurée, est petite. Les humidités stercorales s'y insinuent en très-petite quantité, l'abcès peu étendu se vuide par l'ouverture fistuleuse du rectum, et le pus s'échappe par cette voie pendant un temps plus ou moins long, et mêlés aux matières fécales ; voilà ce que les anciens appeloient fistule borgne interne, et que nous appellerons fistule stercorale incomplète.

On rencontre plus fréquemment à la marge de l'anüs des abcès stercoraux phlegmoneux, qui ouverts à temps et abandonnés ensuite à des pansemens à plats, deviennent des fistules stercorales complètes (1) ; aux causes des fistules stercorales que nous venons d'exposer, et qui les produisent le plus communément, se joignent quelquefois celles que nous avons assignées en traitant des causes des fistules non-stercorales.

On trouve dans quelques ouvrages modernes, une étiologie différente des fistules stercorales. Leurs auteurs supposent que des abcès non-stercoraux et phlegmoneux peuvent dé-

---

(1) On consultera, avec le plus grand avantage, les mémoires de Foubert et de Faget sur les abcès aux environs de l'anüs, inséré dans le premier volume de ceux de l'Académie de Chirurgie de Paris ; mais on consultera, avec plus de plaisir encore, je pense, ce que dit sur cette matière le savant Professeur Sabatier, volume 2, pag. 194 et suiv., et les judicieuses réflexions qu'il fait sur les avantages respectifs des procédés employés par ces deux Chirurgiens.

nuder , amincir les parois du rectum , le percer même , et amener de cette manière une fistule stercorale incomplète d'abord , mais qui ne tarde pas à devenir complète.

Nous ne croyons pas à cette cause gratuitement supposée des fistules stercorales , et les moyens de prouver sa nullité se présentent en foule. Les tumeurs douées d'un battement isochrone à celui du pouls , sont seuls susceptibles de détruire l'intégrité des parties ; les tumeurs inflammatoires jouissent , il est vrai , d'un mouvement pulsatile , d'autant plus sensible que la suppuration est plus prochaine. Mais ce n'est pas un mouvement de totalité comme dans les tumeurs anévrisma-tiques , ou dans les loupes situées sur le trajet de quelques gros tronc artériel , il faut de plus que ce mouvement se prolonge pendant un fort long-temps , et l'on observe , au contraire , une activité extraordinaire dans l'inflammation des tumeurs chaudes autour de l'anus.

L'observation prouve que l'inflammation détermine dans les parties voisines , un état d'engorgement qui leur permet de résister à son action. Un artère , un nerf , un canal excréteur acquièrent de l'épaisseur dans leurs parois extérieures qui les empêche de participer à la suppression. Combien de fois aussi n'a-t-on pas vu ces parties flottantes dans un abcès , résister à la destruction ! Il est prouvé encore que les seules parties dans les os et les cartilages , éprouvent une diminution et une distention totale par l'effet du mouvement pulsatile des tumeurs précitées ; les parties molles cèdent à leur action , changent de place , diminuent dans leurs dimensions , si elles ne peuvent échapper en totalité à ce mouvement.

Ledran pensoit que l'abcès qu'il supposoit déterminer la crevasse du rectum , se développoit entre les parois , et par une distension successive de ses lames en amenoit la déchirure. Aucune observation ne prouve l'existence de cette cause.

## S I G N E S. (1)

Une ou plusieurs ouvertures aux environs de l'anus, sont un signe commun aux fistules borgnes externes et complètes, et aux fistules urinaires. On distingue toujours les premières des dernières par la série des symptômes qui leur sont propres. Les fistules urinaires présentent une ouverture en cul de poule rougeâtre, laissant suinter goutte à goutte une humeur limpide et claire ; si ces fistules pénètrent dans la vessie, parfois, au moment de l'éjection des urines, ou quelque temps après, si elles s'ouvrent dans le canal, en suivant l'espèce de corde qui désigne leur trajet, on les trouve se dirigeant vers la vessie ou le canal : elles surviennent à la suite des maladies des voies urinaires, etc. etc.

Les fistules incomplètes ou complètes, présentent, au contraire, des ouvertures lisses ou calleuses, blafardes, laissant suinter une humeur purulente de plus ou moins bonne qualité, seule ou mêlée de matières fécales. L'existence des tumeurs à l'ouverture desquelles elles ont succédé ne permettent pas de confondre ces deux maladies, même au premier aspect.

Il est cependant une circonstance qui pourroit en imposer à des personnes peu attentives, et surtout peu réfléchies. Il arrive quelquefois que la tumeur qui a précédé la fistule

(1) Quoique je me propose d'examiner seulement les fistules susceptibles de l'opération dites de la fistule à l'anus, j'ai cru, en parlant de leurs signes, devoir m'occuper de toutes les fistules qui peuvent se rencontrer dans le voisinage du rectum, parce que, comme je l'ai dit plus haut, des causes différentes concourent à former et entretenir une même fistule, et que, d'ailleurs il est indispensable de les connoître, afin de ne pas se méprendre.

a acquis un tel volume, avant de s'ouvrir, qu'elle a non-seulement empêché l'issue libre des matières fécales, mais que la pression qu'elle a exercé sur le col de la vessie, ou la portion membraneuse de l'urètre, a déterminé une rétention d'urine. Les douleurs que le malade éprouve de cette circonstance accessoire, sont si violentes, que même après l'ouverture il rappelle plutôt les douleurs produites par la rétention d'urine que celles qui furent la suite de la formation de l'abcès, et de l'accumulation des matières fécales. Si le Chirurgien, qui est appelé pour la fistule déjà ancienne, se fait rapporter tout ce qui a précédé, le malade ne manque pas de faire savoir qu'il y a eu une rétention d'urine, qui n'a cédé qu'après l'ouverture de l'abcès; et c'est le point sur lequel il pèse le plus, souvent même il ne fait pas mention de tout ce qui a précédé; si le Chirurgien, sur ce seul aperçu, prononce, il se trompera, cette méprise est arrivée plusieurs fois.

Une ou plusieurs ouvertures autour de l'anus, se dirigeant vers cet intestin, laissent suinter des matières purulentes, quelquefois mêlées de matières fécales; elles appartiennent donc à des fistules stercorales.

En remontant à tout ce qui a précédé, on peut parvenir à la connoissance de la cause qui les entretient. Il suffit de la vue pour reconnoître une fistule à la marge de l'anus, entretenue par le dédoublement de la peau. Il suffit qu'un abcès soit abandonné à lui-même, qu'il mette un certain temps à se percer, pour que la peau rougeâtre soit dédoublée de son tissu cellulaire, ne puisse se recoller aux parties sous-jacentes, et entretienne un état fistuleux.

Si le malade s'est plaint long-temps avant la formation de la fistule, des douleurs sourdes, mais continues, ou dans la région des reins ou dans la partie postérieure du bassin;

que la peau ait été soulevée sans douleur ni changement de couleur ; qu'à la suite , il soit sorti une plus ou moins grande quantité de pus clair , d'abord sans odeur , qui est enfin devenu plus fluide , et a contracté une odeur particulière , on a les plus grandes raisons de penser que c'est à un abcès par congestion qu'est dû son état fistuleux. L'introduction d'un stylet plus ou moins long , nous indique bien clairement que c'est une carie des os voisins ou éloignés qui entretient cet état , et que la fistule est incurable , s'il est impossible de porter des moyens curatifs sur les os malades.

Si à une personne qui a craché du sang , qui a une toux habituelle , qui est menacée ou même déjà atteinte d'un état inflammatoire du poumon , il survient un abcès avec inflammation , qui apporte quelque soulagement aux maux qu'elle éprouve ; la fistule qui est la suite de son ouverture spontanée ou ménagée par l'Art , pénètre plus ou moins profondément : on la reconnoit avec le stylet , et on doit la considérer comme une maladie secondaire indispensable , qui , par sa guérison , si elle étoit possible , entraîneroit la perte plus prompte de l'individu.

Si la fistule est la suite d'un abcès ou froid ou aigu , on s'en assure par le rapport du malade ou de ceux qui ont été témoins du commencement de la maladie ; mais c'est par l'introduction du stylet que l'on acquiert la certitude que le trajet ne parcourt qu'un certain espace , et qu'il faut chercher dans la crevasse de l'intestin , ou dans les autres causes ci-dessus rapportées , la cause qui entretient la fistule.

C'est seulement par l'introduction du doigt dans l'anus d'une part , et d'un stylet dans le trajet fistuleux de l'autre , qu'on parvient à cette connoissance. On pourroit bien présager l'existence de la crevasse de l'intestin , si le malade rapportoit que

L'abcès a parcouru rapidement ses périodes, qu'il avoit été précédé d'une douleur vive dans le rectum, et qu'à l'ouverture les matières qui en étoient sorties, avoient une odeur semblable à celle des matières fécales; mais toujours les rapports ne sont pas exacts, et le plus souvent les malades sont en peine de le faire.

Il est certain que l'écoulement des matières par la fistule, ne laisse aucun doute sur l'existence de la crevasse, mais elle n'est pas toujours assez grande pour qu'on puisse reconnoître les humidités qui suintent à travers, mêlées au pus; et d'ailleurs l'introduction du stilet n'est pas moins nécessaire, dans ce cas, pour s'assurer de la hauteur de la cravasse, de sa situation, etc., etc.

On introduira donc un stilet boutonné dont le volume sera relatif à l'ouverture pareille, dans le trajet fistuleux (1); on l'y insinuera doucement en lui faisant parcourir tous les contours qu'il présente. Lorsqu'il ne pourra pas pénétrer plus loin, on introduira le doigt indicateur de la main libre dans l'anus, après l'avoir préalablement bien humecté d'huile ou d'une autre substance onctueuse, et on cherchera en lui faisant parcourir toute l'étendue du rectum, à reconnoître le point où s'est arrêté le stilet. Si le bouton qui le termine se présente à nu dans le rectum, nul doute sur l'existence de la crevasse; si on peut la rencontrer à nu, on examine quelle est l'épaisseur des parties qui le séparent du doigt (2), s'il n'y a qu'une

---

(1) S'il se présenteoit plusieurs ouvertures, on choisira celle qui paroitra le plus en rapport avec le trajet fistuleux.

(2) De ce qu'on ne peut pas toucher à nu le stilet, il ne faut pas conclure qu'il n'y a pas crevasse; mais on peut dire que si elle existe, elle est fort petite. On doit alors s'informer, pour établir son diagnostic, de tout ce qui a précédé.

épaisseur peu considérable, c'est à la dénudation du rectum qu'il faut attribuer l'entretien de la fistule.

Si l'épaisseur des parties étoit au contraire fort considérable, que l'on fût certain que les os voisins sont sains, et si le stylet touche le fond du trajet fistuleux, on doit attribuer la cause de la fistule à la disposition des parties qui ne leur permet pas de se recoller, ou à l'état calleux des parois, pour peu que la maladie soit ancienne; ces deux causes coexistent. On ne peut avoir aucun doute raisonnable sur la cause de la fistule. Si le stylet touche un corps étranger, son extraction ne suffit pas toujours pour obtenir la guérison; une crevasse, ou les causes ci-dessus mentionnées peuvent entretenir l'état fistuleux indépendamment de lui.

Il peut se former dans le tissu cellulaire un abcès peu volumineux, dont l'origine est une crevasse très-petite du rectum; le pus s'échappe par cette ouverture et se mêle aux matières fécales. Le plus ordinairement l'inflammation augmente, gagne à l'extérieur; il se forme une ouverture au dehors, et la fistule est complète. Il est cependant des circonstances, bien rares à la vérité, où le pus continue de s'échapper par le rectum, et la fistule est alors incomplète ou borgne interne.

On la reconnoît à ce que le malade a éprouvé plus ou moins long-temps avant de demander des conseils, de la chaleur et de la douleur dans le rectum; il a rendu une plus ou moins grande quantité de pus mêlé aux matières fécales: on aperçoit aux environs de l'anus un endroit pâteux, douloureux au toucher, quelquefois de couleur brunâtre, toujours correspondant au fond de la fistule. Quelquefois une portion de l'air qui distend le rectum, s'introduit dans le trajet fistuleux et produit une sensation particulière, quelquefois même il soulève la peau. Si on introduit dans le rectum une mèche enduite d'un onguent brun, d'onguent mercuriel, par exemple, on remarque, en la retirant,

une tâche blanche sur celui de ses côtés qui correspond à l'orifice de la fistule. Mais ce signe ne suffit pas seul pour caractériser une fistule incomplète, car il auroit également lieu dans une ulcération du rectum sans fistule. Aussi ce signe ne peut assurer le diagnostic, qu'autant qu'il se trouve réuni aux autres.

### PRONOSTIC.

Les fistules à la marge de l'anus ne présentent pas toutes le même danger. Celui-ci est toujours en raison de la cause qui les a produites ou qui les entretient.

1.<sup>o</sup> Les fistules survenues à la suite des dépôts par congestion et entretenues par la carie des os, sont toujours dangereuses. Celles qui reçoivent et laissent écouler les humeurs, suite de la destruction des vertèbres, ou lombaires ou dorsales, sont au dessus de l'art, par cela même mortelles; et cette terminaison funeste est d'autant plus prochaine, que le sinus de communication entre ce foyer et la fistule est plus tortueux. Celles qui sont entretenues par la carie du sacrum, du coccyx, des os innominés, sont en général moins dangereuses; mais elles se prolongent, résistent aux procédés de l'art à cause de la rapidité avec laquelle la carie se propage et gagne dans les os que nous venons de nommer. Il en est qui entraînent lentement la perte de l'individu qu'elles plongent dans le marasme, la fièvre lente, etc., etc.

2.<sup>o</sup> Les fistules à la marge de l'anus qui arrivent chez les phthisiques sont de mauvais augure, en ce qu'elles ne se forment qu'au second ou troisième degré de la pulmonie; elles sont dangereuses et quelquefois funestes, en hâtant la perte de l'individu, par les douleurs qu'amènent les retours fréquens des abcès. Du reste, le pronostic se tire plutôt ici, ainsi que

dans le cas précédent, de la maladie principale (les dépôts par congestion et la pulmonie), que des fistules qui n'en sont que des symptômes.

3.° Les fistules entretenues seulement de ce que la peau ne peut fournir à la cicatrice, ainsi que celles dont les callosités paroissent être la cause, sont des maladies légères et toujours susceptibles de guérison.

4.° Les fistules entretenues par le changement de rapport du rectum avec les parties voisines, ne sont nullement dangereuses. Si cependant le rectum étoit tout dénudé, alors le pronostic seroit plus fâcheux, et la maladie seroit peut-être incurable.

5.° Les fistules stercorales complètes ne sont pas dangereuses. Elles ne menacent pas la vie de l'individu, et l'on a des exemples de fistules que certaines personnes ont porté trente, même quarante ans sans danger. Celles dont l'orifice interne est très-voisin de l'orifice externe, le sont moins que celles qui pénètrent plus profondément. Celles qui se trouvent hors de la portée du doigt ou de l'instrument, sont plus fâcheuses, et au-dessus des ressources de l'art. Celles qui sont compliquées d'hémorroïdes sont plus dangereuses que celles qui ne le sont pas. Celles, enfin, qui sont compliquées de vaisseaux variqueux ou anévrismatiques, sont plus fâcheuses encore.

6.° Les fistules stercorales incomplètes ne sont pas fâcheuses, elles exposent seulement les malades qui les ont, à des abcès consécutifs, s'ils ne prennent la précaution de se faire opérer ou de la rendre complète.

7.° Toutes les fistules sont d'autant plus fâcheuses, que plusieurs causes se réunissent pour les entretenir: et alors le pronostic est tiré de l'intensité de ces causes, et se compose du pronostic particulier de chacune d'elles.

8.° En examinant les fistules en particulier, les non-ster-

corales sont moins fâcheuses que les stercorales ; celles qui n'ont qu'un orifice extérieur, le sont moins que celles qui en ont plusieurs ; celles qui sont sans callosités ou sans dénudation de la peau, le sont moins que celles où ces circonstances se rencontrent. Les simples le sont moins que les compliquées, les superficielles, que les profondes, etc. etc.

### INDICATIONS CURATIVES.

Dans quelques fistules non-stercorales, agrandir le trajet fistuleux, exciter dans cette partie une inflammation, et, par suite, favoriser la cicatrice. Dans quelques autres, se contenter d'injections détersives ; dans d'autres, n'employer que les lotions, les bains de propreté ; dans certaines, mettre à nu le fond du foyer, et enlever la cause des fistules ; dans la plupart, ainsi que dans les fistules stercorales, diviser tout le trajet fistuleux et le rectum, et donner par là à cet intestin les moyens de se cicatrifier et de laisser cicatrifier les parties voisines (1) ; telles sont les indications qui se présentent ordinairement.

#### *Traitement des fistules non-stercorales, entretenues par l'état des parois du trajet fistuleux.*

On introduira dans l'orifice de la fistule un stylet, ou plutôt une sonde cannelée mince, en argent, terminée par un cul-de-sac, à laquelle on fera parcourir tout le trajet fistuleux ; on glissera tout le long de la cannelure un bistouri à

---

(1) Il seroit trop long de décrire chaque traitement en particulier. Ce sont principalement les fistules à l'anus que j'ai eu en vue dans ma Dissertation, et je ne parlerai que de leur traitement.

lame assez étroite à pointe mince, avec lequel on incisera dans le sens qu'on jugera convenable, évitant cependant de diriger l'incision vers le rectum. Il sera utile de faire cette incision dans les deux sens opposés.

On pansera la plaie avec une tente de charpie ou plusieurs, que l'on couvrira d'un plumaceau sur lequel sera étendu du cérat; on assujétira tout l'appareil avec des compresses carrées, et par-dessus, le bandage en double T. L'appareil ne doit être levé que le troisième jour. Ordinairement la tente ou plutôt le bourdonnet, sort à cette époque; s'il n'étoit pas encore détaché par la suppuration, on feroit bien d'attendre au lendemain. On pansera les jours suivans avec des bourdonnets recouverts de cérat, dont on diminuera tous les jours le volume; et quand le dégorgement sera totalement fait, on pansera à plat, et la cicatrice aura lieu. Tel est le traitement le plus ordinairement employé dans ce cas. On pourroit cependant, avec l'espoir du succès, employer également les injections irritantes et caustiques; mais ces moyens agissent avec beaucoup plus de lenteur et sont infiniment plus douloureux.

J'observerai que le traitement indiqué ne réussit pas toujours dans le cas où il paroît le mieux approprié. En voici, je crois, la raison. Les cas de fistules entretenues par l'état seul des parois sont fort rares; et lors même que l'on peut raisonnablement attribuer à ce seul état la cause des fistules, ce sont des causes étrangères qui l'entretiennent; et alors le traitement que nous venons de décrire doit être infructueux. Par exemple, un individu porte une fistule qui est survenue à la suite d'une blessure ou d'un abcès qui a été négligé; son fond est éloigné des os, il n'est pas loin de l'orifice, il est à une certaine distance des parois du rectum, il fournit une très-petite quantité de matière purulente, sans odeur particulière. On l'opère par la simple incision, et on ne

réussit pas à obtenir la cicatrice. C'est alors aux changemens perpétuels du rapport du rectum et des os du bassin, qu'il faut rapporter l'entretien de la fistule; et l'opération dite de la fistule à l'anus, est la seule qui convienne alors.

Obs. Une vieille femme avoit une fistule sur la fesse droite, dont l'orifice étoit à peu près de deux pouces de l'anus, et le fond étoit éloigné du rectum de plus de six lignes. On fit une incision à laquelle on donna une figure triangulaire; on scarifia les parois de la fistule; on y plaça plusieurs bourdonnets. La plaie parut guérir peu à peu; mais sur la fin de sa guérison, il se forma à l'endroit où étoit l'orifice, une excroissance que l'on toucha avec la pierre infernale. Ce fut inutile; la sonde introduite pénétra à la même profondeur que la première fois. On fendit l'intestin, et la malade guérit.

*Fistules non-stercorales entretenues par le dédoublement de la peau.*

Le malade bien situé, les aides placés, le chirurgien soulève avec des pinces à anneau, une érigne, le doigt, etc. la peau qui est altérée, et avec un bistouri bien tranchant ou des ciseaux (qui me paroissent préférables), il cerne toute la peau malade et l'extirpe; il panse ensuite la plaie sous-jacente avec de la charpie sèche, afin de donner aux chairs blafardes le degré d'inflammation nécessaire, ne lève l'appareil que le second ou le troisième jour, et fait ensuite le pansement qu'il juge indiqué.

Cette espèce de fistule non-stercorale est très-rare; il est au contraire très-commun de trouver la peau décollée dans les autres fistules non-stercorales, et dans celles qu'une crevasse au rectum entretient.

Il seroit parfaitement inutile de revenir sur la cause de

cette dénudation de la peau ; nous en avons suffisamment parlé dans un article précédent : il suffit de rappeler que la cause la plus fréquente est l'abandon à la nature des abcès qui proéminent à la marge de l'anus , ou à leur ouverture trop tardive. On conçoit aisément que cette complication doit se rencontrer aussi fréquemment , parce qu'un abcès avant de proéminer et de s'ouvrir, surtout s'il est profond, doit s'approcher beaucoup du rectum et le dénuder, si une crevasse des parois de cet intestin n'est pas la cause de cet abcès. On portera donc la plus grande attention, dans l'examen des fistules avec dédoublement de la peau, afin de ne pas s'exposer à faire d'abord une opération, et d'être, après quelque temps, obligé d'en faire une autre.

*Traitement des fistules non-stercorales entretenues par la dénudation du rectum et par le voisinage de cet intestin.*

Nous avons expliqué, en parlant des différences des fistules, quels sont les obstacles qui, dans le cas supposé, s'opposent à la cicatrice. Pour les détruire et favoriser la cicatrice, il faut diviser tout l'intestin depuis le point le plus élevé de la dénudation, à l'endroit correspondant au fond de la fistule jusqu'à l'anus. Comme le procédé opératoire est le même que pour les fistules stercorales avec quelques légères modifications seulement, je renvoie à ces dernières pour la description où j'aurai lieu de noter ces particularités.

*Traitement des fistules stercorales.*

La crevasse étant une cause toujours agissante et toujours nouvelle des fistules, ainsi que la disposition relative des parties voisines et du rectum, le suintement continuel des

humidités stercorales s'oppose à la cicatrice. L'expérience a prouvé que la division parfaite du rectum, depuis la crevasse jusqu'à l'anus, pouvoit seule mener à la guérison, et l'on a pour cela employé différens moyens qui remplissent plus ou moins le but.

Les fistules stercorales incomplètes demandent le même traitement que les fistules complètes, puisque la crevasse qui est la cause essentielle des fistules, se trouve chez les uns et les autres, avec cette seule différence que l'art doit faire ce que la maladie n'a pas fait, je veux dire, former un orifice extérieur pour introduire l'instrument nécessaire pour faire l'opération. Dans les exemples peu nombreux de cette maladie qu'on a eu occasion d'observer, la peau de la fesse correspondante au fond de la fistule étoit malade, et il a fallu l'enlever après la division du rectum.

Pour faire cette opération, le malade est situé de la manière la plus avantageuse; on plonge un bistouri aigu dans l'endroit correspondant au fond du dépôt, qui est facile à reconnoître par la couleur brune obscure de la peau; on substitue au bistouri un stylet, qu'on introduit jusques dans le rectum. Ce stylet sert de conducteur aux instrumens nécessaires, suivant la méthode et le procédé qu'on veut pratiquer. On se conduit alors comme dans les fistules complètes.

On a employé pour le traitement des fistules à l'anus, une infinité de moyens qui se sont succédés pendant une longue série de siècles et qui sont aujourd'hui abandonnés, excepté l'incision et la ligature. Sans parler des injections, des emplâtres et onguens de différentes vertus, tout au plus proposables dans les fistules non-stercorales, sans m'occuper de la compression, de la cautérisation, de l'excision dont l'expérience a montré l'insuffisance et les dangers, j'examinerai, d'une manière détaillée, l'incision et la ligature, et je les mettrai ensuite en parallèle.

*Opération de la fistule à l'anus par incision.*

Cette opération consiste à fendre tout le trajet fistuleux depuis l'orifice externe jusqu'à l'intestin, en y comprenant la portion du rectum depuis l'orifice interne ou la dénudation jusqu'à l'anus inclusivement. La forme de l'incision doit être celle d'un triangle, dont la base est à la fesse, le bord interne à l'incision de l'intestin, l'externe à celle de la fesse, le sommet à l'orifice interne.

Sans parler de tous les instrumens que l'on a successivement employés pour faire cette opération, et dont la forme et le mécanisme sont suffisamment expliqués dans tous les traités élémentaires d'opération, j'exposerai le procédé qu'on suit le plus généralement aujourd'hui en France (1), on portoit le doigt indicateur d'une main dans le rectum, on introduisoit la sonde cannelée dans la fistule, on retiroit son extrémité par l'anus, on portoit le bistouri sur la cannelure et coupant tout le trajet embrassé par la sonde.

Ce procédé est très-simple, et mérite d'être distingué des autres; mais il a aussi ses inconvéniens. Quand la fistule a son orifice externe très-voisin de l'anus, que l'on peut, sans

(1) Les différens instrumens dont on s'est servi sont, le syringotome, le bistouri royal, le bistouri boutonné et concave sur son tranchant, que Pott a beaucoup vanté et qui seroit bon dans le cas seulement des fistules très-peu profondes, mais qu'il est le plus souvent impossible d'employer, à cause du volume qu'il présente, et de l'étroitesse de l'incision du trajet fistuleux. L'instrument de Brambilla beaucoup trop compliqué, et totalement abandonné aussitôt qu'il fut connu.

La sonde cannelée en argent très-flexible et bistouri ordinaire.

presque courber la sonde, en faire sortir l'extrémité par l'anus, il n'est rien de plus simple que ce moyen; mais quand l'orifice interne est à une hauteur considérable, l'on ne peut ramener par l'anus la sonde cannelée, qu'en faisant éprouver aux parties, par la courbure de la sonde, de très-grands tiraillemens et au malade une douleur considérable; outre cet inconvénient ce procédé a celui plus grand encore d'empêcher que le bistouri ne coupe facilement. La courbure de la sonde rend la marche de cet instrument difficile; et comme on se sert d'une sonde cannelée d'argent, pour qu'elle soit plus flexible, la pointe du bistouri qui parcourt une ligne courbe, entame l'argent moins dur que l'acier, glisse difficilement, s'y creuse une rainure et produit une section difficile et douloureuse des chairs.

Il faut avoir un bistouri ordinaire dont la pointe ne soit ni trop aiguë ni trop mousse, une sonde cannelée d'argent ou d'acier sans cul-de-sac. Il est cependant avantageux d'en avoir une mousse à son extrémité et en argent, et l'autre moins obtuse. La première sera pour les fistules complètes, et la seconde pour les fistules incomplètes. Il faut avoir encore un gorgeret de bois d'ébène, ou de buis ou d'ivoire, qui présente une largeur d'environ huit ou dix lignes, dont l'extrémité arrondie présente une espèce de cul-de-sac et ressemble à la curette qu'on voit à l'extrémité du bouton pour la taille (1).

Le malade préalablement préparé à l'opération par une ou

---

(1) Marchettis, chirurgien célèbre du siècle précédent, se servoit d'un gorgeret de fer, peu différent de celui dont on se sert aujourd'hui, qu'il recouvroit avec des linges garnis d'emplastiques, pour éviter les contusions qui auroient été la suite de l'introduction et de la pression peu ménagée. On conçoit aisément les inconvéniens de ce moyen, et combien celui qu'on lui a substitué est préférable.

deux purgations, le régime et des lavemens, la veille et le jour même de l'opération, afin qu'il n'aille pas à la selle de long-temps. L'appareil qui consiste dans un bandage en T, une ou plusieurs mèches de charpie brut. Le malade ainsi préparé, doit être situé sur le bord du lit, couché sur la fesse où se trouve la fistule; celle du côté opposé fléchie, on l'assujétit dans cette position. Le chirurgien introduit ensuite la sonde cannelée dans la fistule, il porte dans l'anus le doigt indicateur de la main libre, qu'il a humecté avec de l'huile, du beurre ou du cérat. Il fait pénétrer l'extrémité de la sonde par l'incision fistuleuse interne, s'il y en a, ou bien il l'appuie sur la partie correspondante de la parois du rectum, quand il n'est pas percé, qu'il est simplement dénudé, ou qu'il ne peut pas rencontrer l'orifice, parce qu'il est trop petit, trop détourné, ce que l'on reconnoît avec le doigt indicateur introduit dans le rectum; il retire ce dernier, la sonde tenue ferme dans la main gauche; il saisit de la droite le gorgeret; il l'introduit dans l'intestin. Quand son cul-de-sac est vis-à-vis la sonde, il appuie le bout de celle-ci contre le gorgeret. Un aide est chargé alors de tenir le gorgeret; un autre tend la peau de la fesse. L'opérateur prend le bistouri comme pour couper de dedans en dehors et devant soi, il le glisse tout le long de la cannelure de la sonde; et quand sa pointe est arrivée sur le gorgeret, il coupe, en pressant et en sciant, toutes les chairs qui étoient embrassées par l'instrument. Pour s'assurer que tout est incisé, il a besoin de retirer en même-temps le gorgeret et la sonde; et si quelque portion non-coupée faisoit résistance, il porte de nouveau le bistouri sur la bride, et il en fait la section. Cela fait, il porte le doigt indicateur dans le trajet fistuleux, et il examine si tout est bien divisé. Si les parois sont dures et calleuses, il scarifie, fait de petites incisions sur elles, et il étend l'incision un peu en dehors, pour que l'angle externe

ne soit pas formée par le bord arrondi de l'orifice fistuleux. Il place ensuite à l'extrémité du porte-tente une mèche de charpie plus ou moins grosse, relativement à la grandeur de l'incision ; il la graisse avec du cérat, ainsi que le doigt indicateur : celui-ci, qui doit servir de conducteur à la mèche, l'a précédée ; il la porte un peu au-dessus du sommet de l'incision, afin qu'elle touche sur l'orifice ancien et sur toute l'étendue de l'incision ; il garnit ensuite de charpie les environs de l'anus, et maintient le tout avec des compresses et le bandage en T.

On ne donne au malade, le jour de l'opération, que du bouillon et de la tisane ; le lendemain on ne permet des alimens qu'aux personnes voraces ; autrement on donne deux potages. Le 3<sup>e</sup>. jour on lève l'appareil, et suivant l'état de la plaie, l'on introduit une mèche, ou l'on panse à plat. Quand l'inflammation et des hémorroïdes ont paru peu de temps après l'opération, on discontinue l'usage de la mèche, que l'on ne reprend que lorsque le paroxysme hémorroïdal est dissipé ; alors on introduit une mèche dont on diminuera peu à peu la grosseur.

Autrefois on continuoit son usage jusqu'à parfaite guérison. On regardoit cette pratique comme indispensable pour empêcher la réunion de l'extérieur avant celle de l'intérieur ; mais on conçoit aisément que leur usage prolongé devoit irriter et retarder la guérison. Aujourd'hui, d'après le conseil de Poutau, on panse à plat, au bout de 8, 10, 12 jours ; on ne met qu'un plumaceau sur la plaie, et on abandonne à la nature la guérison qui est parfaite le 27 ou le trentième jour, souvent au bout de quatre ou cinq jours. Il est des malades qui se lèvent au huitième ou dixième jour. On doit leur recommander de ne pas se livrer à des exercices trop longs, qui produiroient de l'irritation, de la

douleur et tous les accidens qui peuvent s'ensuivre. A mesure que la plaie diminue, on peut leur permettre des courses plus longues, mais toujours proportionnées à leurs forces.

Quelquefois l'opération est suivie d'hémorragie; il est possible, dans quelques circonstances, de l'arrêter par l'application d'un bourdonnet lié d'un fil fort et long porté au dessus de l'incision, et par l'introduction dans la plaie d'un bourdonnet ou de boulettes de charpie, maintenues par des compresses longuettes et un bandage en T. Si l'hémorragie étoit considérable, ce moyen seroit insuffisant, le sang s'épancheroit dans le tube intestinal, le malade éprouveroit des coliques accompagnées d'un sentiment de chaleur semblable à celui produit par un fluide injecté un peu chaud; les extrémités deviendroient froides, le pouls seroit petit et concentré; la face pâle et cadavéreuse, les syncopes fréquentes, etc. Il n'y a pas à balancer alors, il faut lever l'appareil, ne pas s'effrayer de la quantité énorme de sang qui s'échappe, c'est celui qui fournit l'épanchement. Cet écoulement n'affoiblit pas, le sang étoit déjà perdu pour la circulation; bientôt il n'y a d'hémorragie que celle fournie par les orifices des vaisseaux ouverts.

On a recommandé, et Levret plus particulièrement a indiqué l'usage d'une vessie introduite vide dans l'anus, remplie d'air; pour comprimer les parois intestinales. Ce moyen est toujours inefficace, il vaut infiniment mieux porter, d'après le conseil de Petit, un gros bourdonnet lié par le milieu dans le rectum, le pousser au dessus de l'endroit qui fournit l'hémorragie; remplir ensuite tout l'espace entre le bourdonnet et l'anus, avec de la charpie, matelasser le fondement avec des bourdonnets épais, et lier sur le fil du premier bourdonnet qui, par le tiraillement exercé sur lui, se distend, se développe et s'applique fortement contre les

parois intestinales. Un moyen bien plus simple et non moins avantageux est celui de Lafaye ; il consiste à enlever tous les caillots, à porter dans le rectum, aussi haut qu'il le faut, un morceau de linge carré, portant à ses quatre angles des rubans de fil ; à remplir les cavités qui en résultent, avec des boulettes de charpie ; à appliquer sur l'anus des gateaux de charpie sur lesquels on noue fortement le fil ; à laisser cet appareil en place pendant quatre jours, et l'hémorragie est solidement arrêtée pour l'ordinaire.

Faut-il dans l'opération de la fistule par incision, introduire la sonde cannelée par l'orifice interne de la fistule ; ou bien, quand la dénudation de l'intestin s'étend plus haut que la crevasse, doit-on commencer l'incision au fond du foyer, en comprenant dans la division l'orifice fistuleux interne ? La plupart des Chirurgiens conseillent le dernier procédé ; il faut observer, à cette occasion, que les cas où cette pratique pourra avoir lieu, sont très-rares, c'est-à-dire, qu'on voit rarement la dénudation de l'intestin au-dessus de l'orifice interne, excepté dans le moment même où l'on ouvre de grands abcès occasionés par une crevasse du rectum, et dans lesquels l'intestin a été dénudé dans une grande étendue. Ces cas se rapportent aux abcès stercoraux, dont on doit se contenter d'inciser le foyer sans fendre l'intestin, et attendre que la nature ait réparé le ravage que la maladie avoit fait.

Si dans une fistule ancienne on trouvoit l'intestin dénudé, plus ou moins, au-dessus de l'orifice interne fistuleux, je pense qu'il vaut beaucoup mieux porter la sonde dans l'orifice, introduire le gorgeret, engager le bout de la sonde dans le cul-de-sac qui termine cet instrument, faire l'incision du rectum et de toutes les chairs comprises entre la sonde et le gorgeret ; mais comme il seroit possible que

la portion de l'intestin dénudé qui est au-dessus de l'orifice ne se recolle pas il faut l'inciser aussi. Pour cela , l'opération préalablement faite , on introduit dans le trajet fistuleux , unesonde cannelée terminée par un cul de sac ; on appuie l'extrémité de la sonde vers le fond de la dénudation de l'intestin ; on introduit ensuite le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum , pour s'assurer que la sonde est dans la position convenable , on la donne à tenir à un aide , en conservant toujours l'indicateur dans le rectum , on prend de la main droite des ciseaux qui coupent bien de la pointe , on les enfonce le long de la cannelure de la sonde ; et , à la faveur du doigt , on divise la membrane du rectum : sans cette précaution indispensable , il resteroit une partie du foyer qui pourroit amener une nouvelle fistule. Ce cas se rencontre rarement dans la pratique.

Quelle conduite faut-il tenir , lorsqu'il se présente plusieurs orifices fistuleux externes ? elle est différente suivant la disposition et le nombre des orifices fistuleux internes. S'il existe simultanément deux fistules à l'anus , une de chaque côté , il faut opérer séparément , soit qu'on opère en même temps , soit que l'on renvoie le traitement de l'une après la guérison de l'autre. Si les différens orifices extérieurs et le trajet viennent se terminer à un point central et unique , voici la manière de pratiquer l'opération. On choisit l'orifice externe qui communique le plus directement avec l'orifice fistuleux interne vers lequel se dirigent d'ailleurs tous les orifices externes , on y insinue la sonde , et on fait l'opération comme si la maladie étoit simple , d'après l'état des autres orifices externes ; on les abandonne à la nature , ou on les incise ; on se comporte toujours suivant l'état de la peau.

Quelquefois la fistule qui présente deux orifices externes est extrêmement ancienne , et la portion de peau entre les

deux trajets est dure, calleuse, et la nature en opéreroit difficilement le dégorgeement. Cette callosité rendroit la guérison très-difficile, et l'excision devient indispensable. Il faut observer que ce n'est pas de l'excision comme méthode particulière de traiter la fistule à l'anus, que je parle, mais bien de l'excision d'une partie de peau devenue nécessaire. Cette excision diffère, suivant les cas qui la nécessitent, et c'est au Praticien à se conduire d'après ce qu'il aperçoit.

Quelquefois la peau des environs est d'une couleur brunâtre, elle est décollée et exige une modification dans le procédé opératoire. Il faut d'abord fendre la portion d'intestin ouvert et dénudé, on doit ensuite exciser les bords formés par la peau malade. On a vu des fistules revenir opiniâtement par la négligence qu'on avoit mis à emporter cette portion de peau désorganisée.

#### *Opération de la fistule à l'anus par la ligature.*

Cette opération consiste à passer dans la fistule un fil de lin, de soie, de plomb, d'argent ou d'or, à la portion du rectum comprise entre la cavité et la fistule, embrasser dans une anse qu'on rétrécit tous les jours, et qui, par cela même, divise peu à peu les parties embrassées, de manière que quand le fil tombe, tout le trajet se trouve consolidé (1).

Le procédé qu'on emploie le plus communément aujourd'hui est celui de Desault, dont j'ai suivi plusieurs années la pratique; l'appareil consiste dans un stylet et une canule, dans une pince d'acier ou dans un gorgeret repoussoir, dans un fil de plomb plus ou moins long, suivant la hauteur de

---

(1) Voyez OEuv. ch. de Desault, pag. 377, les figures de la planche 7, 123

l'orifice interne , dans une petite canule en or , dans des bourdonnets de charpies (1). Le stylet en argent ou en acier ,

(1) Cette méthode , très-anciennement connue , est décrite par Hippocrate ; les auteurs qui l'ont suivi ont adopté sa manière de la pratiquer. Ils n'ont différencié que sur la nature de la ligature. Quelques-uns ont attribué aux couleurs de la soie , et aux ingrédiens qui lui donnent ces couleurs , un motif de préférence , la soie cramoisi , par exemple.

Cette méthode abandonnée , puis remise en pratique , étoit depuis quelque temps tombée en désuétude , quand Foubert , habile chirurgien de Paris , la tira de l'oubli ; il la pratiquoit différemment. Il se servoit d'un fil de plomb très-ductile , flexible , s'accommodant fort bien à la forme particulière des parties. Pour passer ce fil de la fistule dans le rectum , et le ramener par l'anus , il avoit un stylet d'argent creusé et tarrodé à une de ses extrémités ; il vissoit le plomb sur le stylet , et le passoit de cette manière : le stylet étoit peu flexible ; il passoit difficilement de l'orifice interne dans le rectum , et le fil de plomb pouvoit abandonner facilement le stylet. On s'est servi d'un stylet percé à une de ses extrémités par une ouverture oblongue où l'on engageoit le fil de plomb qu'on recourboit ; il étoit difficile de faire sortir le stylet par l'anus sans de grandes douleurs ; le stylet et le fil de plomb présentoient à l'endroit de leur jonction un volume considérable , distendant l'orifice fistuleux ; ne pouvant se courber , il déchiroit et occasionoit beaucoup de douleurs. J'ai vu employer ce procédé modifié par feu Viguerie , mon premier maître , en 1781. Il introduisoit une sonde cannelée , si le trajet fistuleux pouvoit l'admettre sans douleur sur la cannelure , il glissoit l'extrémité d'un fil d'argent très-flexible ; il entouroit le doigt indicateur de la main droite d'un fil de chanvre en spirale , l'introduisoit dans le rectum , engageoit l'extrémité du fil dans une de ses anses et l'amenoit au dehors. Ce moyen très-simple a beaucoup moins d'inconvéniens que ceux qui ont précédé , et il peut être utilement employé dans les fistules complètes dont l'orifice interne n'est pas au-dessus de la portée du doigt. Si l'orifice et le trajet fistuleux étoient trop étroits pour laisser passer sans douleur la sonde cannelée , il passoit tout simplement le fil d'argent sans conducteur.

de six ou sept pouces de longueur peu volumineux, cylindrique, terminé par des bouts un peu arrondie, sans boutons. La canule, en or ou en argent, un peu moins longue que le stylet, s'adaptant parfaitement à celui-ci, et terminé par un bord éminci, comme l'extrémité de la canule, d'un trocar.

La pince en acier, qui sert à retirer le fil de plomb est longue de sept pouces. Elle est composée de deux branches, une mâle et l'autre femelle; chacune d'elle est large de six lignes; la branche femelle porte vers son extrémité une avance qui termine le cul de sac; la branche mâle est terminée par un prolongement correspondant au cul de sac par leurs réunions. Elle forme une gouttière terminée par une fente d'une ligne et demie, où s'engage le bout du fil de plomb, elle ne peut admettre la canule qui est trop grosse.

Le gorgeret repoussoir que Desault avoit, sur ses derniers jours, substitué à la pince, présentoit une cavité terminée vers l'extrémité de l'instrument par un cul de sac, où s'engage le fil de plomb seulement. Toute la longueur de l'instrument présente une gouttière qui reçoit une tige de métal est terminée par un bouton, qui, en le pressant en bas ou en haut, entraîne la tige dans le même sens, et fait saisir ou abandonner la ligature engagée dans le cul de sac. Les deux petites canules sont en or ou en argent applaties, l'une longue de six lignes, large de deux, l'autre plus longue terminée par des fentes destinées à recevoir et fixer l'extrémité du fil de plomb. Deux bourdonnets pour placer sur les côtés des canules, suffisent.

Quand on veut passer la ligature, le malade doit prendre la veille et le jour même de l'opération, des lavemens, afin de n'aller à la selle que le plus tard possible: on le place sur le côté où est la fistule, la cuisse du côté opposé légè-

rement fléchie, et les fesses écartées et tenues dans cette position par un aide, le Chirurgien alors introduit dans l'anus le doigt indicateur de la main correspondante aux pieds du malade, de la main libre, il porte le stylet dans l'ouverture externe de la fistule, il lui fait parcourir doucement toute la longueur du trajet fistuleux; et enfin, il l'insinue par l'ouverture interne dans le rectum et contre le doigt. Alors il porte la canule sur le stylet. Si l'orifice fistuleux interne est peu profond de quatre à cinq lignes au-dessus de l'anus, le doigt placé dans le rectum sert à ramener au dehors par cette ouverture, l'extrémité du stylet et de la canule; mais si le trajet se terminoit par un orifice profond, on retire aussi le doigt auquel on substitue la pince ou le gorgéret repoussoir; s'il préfère la pince, il la porte fermée et légèrement enduite de cérat, dans le rectum, de peur de le blesser par la sallie de la branche mâle; il laisse ensuite les branches s'écarter; il engage le stylet dans la fente qui règne sur la largeur de la pince, et le conduit jusqu'au cul de sac. Un aide est chargé d'introduire la canule dont les bords guidés par le stylet viennent se placer sur les côtés de la fente. Il retire le stylet devenu inutile, et passe à sa place le fil de plomb dans la canule tenue appliquée contre la pince arrêtée dans la fente; l'extrémité est saisie par la pince, dont le Chirurgien rapproche les branches; il s'assure qu'elle est saisie en faisant tirer légèrement le fil, par la résistance qu'il rencontre; l'opérateur enfonce de quelques lignes la pince pour dégager le fil de plomb, d'une main il retire la pince et de l'autre la canule. Les deux bouts du fil rapprochés forment une anse qui comprend tout le trajet fistuleux; il les introduit dans la canule de six lignes qu'on pousse aussi haut que possible, il replie les

bouts du fil dans les fentes de la canule bifurquée, et garnit les côtés avec des bourdonnets (1).

Si l'on préfère le gorgeret repoussoir, on l'introduit comme la pince; on saisit le fil de plomb en pressant sur le bouton et on le retire.

Cet instrument est préférable à la pince, parce que celle-ci ne présente qu'une petite fente que l'on a beaucoup de peine à rencontrer avec le stylet, que l'on peut marquer avec le fil de plomb, à cause de la facilité avec laquelle la canule se déplace, et qu'en serrant les branches on peut saisir quelques-unes des colonnes longitudinales du rectum; avec le gorgeret repoussoir au contraire, on n'a pas à craindre de saisir aucuns replis, on est bien plus sûr de rencontrer le cul de sac qui termine une cavité large et qu'il est difficile de ne pas rencontrer avec le stylet. Ce sont ces motifs réunis qui avoient engagé Desault, sur ses derniers jours, à abandonner l'usage de la pince pour celui du gorgeret.

Ordinairement on fait garder le repos au malade le jour même de l'opération et le lendemain il peut ensuite marcher sans cependant se fatiguer, rarement est-on obligé d'assujétir l'opéré à un régime particulier. Si cependant les douleurs étoient vives, le régime seroit celui qu'on recommande après les grandes opérations, et si ces douleurs étoient trop fortes, comme cela peut arriver aux personnes très-sensibles, un ou deux grains d'opium, ou le sirop de pavot, ou les gouttes de Sydenham conviennent.

Quand au traitement local, on se contente, les premiers jours,

(1) Il y a environ quinze ans, qu'employé à l'hôpital militaire de Metz, j'ai vu pratiquer avec succès la méthode décrite par Desault,

d'entretenir la propreté par des lotions plus ou moins répétées, de renouveler les bourdonnets lorsqu'ils sont imbibés par la suppuration ou l'humidité naturelle de ces parties.

Quand la ligature est relâchée; on la resserre en tirant sur l'un des bouts du plomb, tandis que l'autre est tenu ferme dans la fente de la canule, on replie le bout tirailé et on le coupe au niveau de l'autre. On le resserre ainsi successivement et aussi souvent qu'il est nécessaire tous le trois ou quatre jours, par exemple, jusqu'à ce que les parties comprises dans l'anse soient totalement coupées. On entretient la petite fente qui reste en plaçant quelques brius de charpie pour éviter que les bords se réunissent avant que le fond de la plaie soit cicatrisé (1).

On conçoit aisément que ce procédé n'est applicable qu'aux fistules complètes. Voici celui que le même chirurgien employoit pour les fistules non-stercorales. Le malade situé comme il a été déjà dit, il introduisoit le stylet dans l'orifice fistuleux; il lui faisoit parcourir tout le trajet, et l'appuyoit contre le point le plus élevé de la nudation du rectum; il glissoit sur lui la canule, et la retiroit. Il la remplaçoit par un trocar de deux lignes plus long que la cannule, et terminé par un bouton; un aide étoit chargé de l'introduire. Le doigt indicateur de la main correspondante aux pieds du malade étoit introduit dans l'anus; il en appuyoit le bout contre les parois du rectum immédiatement au-dessous de la canule, afin de fournir un point d'appui à l'instrument, d'en éloigner la pointe de la parois opposée. Tout ainsi disposé, il pressoit sur le bouton qui termine le trocar et l'enfonçoit dans la canule, et par le

---

(1) Le procédé que je viens de décrire, est celui que j'ai mis en usage dans deux circonstances différentes, dans l'hôpital militaire de Toulouse. Il m'a parfaitement réussi.

même mouvement le faisoit pénétrer dans la cavité de l'intestin ; il retiroit alors le poinçon , laissoit la canule en place et achevoit l'opération comme dans les fistules stercorales.

Si la dénudation de l'intestin s'élevoit au-dessus de la portée du doigt , ce célèbre chirurgien qui jugeoit de quelle importance il est de diviser tout ce qui est aminci , a donné le conseil de substituer au doigt trop court , le gorgeret de bois dont il se servoit pour pratiquer l'incision.

Les procédés que nous venons de décrire sont préférables à tous ceux qu'on a mis en usage. Dans la méthode par incision , la sonde cannelée dirige le bistouri de la manière la plus sûre ; celui-ci divise en sciant et pressant les parties qui s'offrent successivement à son tranchant , et ne peut aller blesser la parois opposée du rectum qui est mise à l'abri par le gorgeret. Il n'y a donc pas de tiraillement , le chirurgien n'est pas exposé à se blesser ni à blesser rien d'essentiel , et ce moyen peut enfin être mis en usage dans tous les cas où l'incision convient.

Dans la ligature , le fil de plomb dont on se sert est bien préférable aux matières altérables dont on se servoit avant , et au fil d'argent qui n'a jamais autant de flexibilité. Au moyen du stylet la canule est placée sur l'endroit même où il faut qu'elle appuie , et sert à passer le fil sans le secours d'aiguille , de stylet ou de lardoire ; on le saisit sûrement , quelle que soit sa hauteur , sans crainte de blesser le rectum ou de se tromper ; on évite le tiraillement douloureux des bords de l'ouverture fistuleuse par la torsion du fil : celui-ci n'est pas exposé à se rompre par cette même torsion , ni à blesser les côtés des fesses ; on n'a pas à craindre de ne pas achever la section et de voir le fil se loger dans une rainure qu'il s'est pratiquée graduellement dans la peau.

Mais quel est le procédé préférable ? en existe-t-il un qu'on doive adopter exclusivement , ou bien est-il des circonstances

qui doivent nous décider à donner la préférence tantôt à l'un, tantôt à l'autre?

La ligature produit, dit-on, des douleurs peu considérables; la douleur qui accompagne l'incision est aiguë, mais elle dure fort peu. Toutes les fois qu'on serre le fil de plomb, le malade souffre plus ou moins; les pansemens après l'incision sont peu douloureux; le malade opéré par la ligature n'est pas obligé de garder le lit, il peut vaquer à ses affaires pendant tout le traitement, il faut après l'incision que le malade garde le repos pendant un temps plus ou moins long; rarement la ligature expose-t-elle à la fièvre, qu'on n'évite pas toujours par l'incision. L'hémorragie suit fréquemment l'emploi de ce dernier moyen; on en est à l'abri par la ligature; il reste sur la fesse des malades opérés par elle, une gouttière qu'on n'observe pas après l'incision.

On peut conclure de ce parallèle, que dans les fistules simples ces deux procédés sont également avantageux, que cependant il est de circonstances qui feront donner la préférence à l'un deux. Chez un malade poltron, qui est saisi de frissons à la seule idée d'incision, la ligature doit être préférée.

Dans les fistules non-stercorales, l'incision est préférable à la ligature, qui exige l'emploi d'un grand nombre d'instrumens et beaucoup de temps; elle est également à préférer dans les fistules borgnes internes; il faut inciser sur la fesse, et il est plus simple d'achever l'opération avec le bistouri, que d'aller passer un fil de plomb; dans les fistules complètes avec dénudation au-dessus de l'orifice interne, l'incision mérite la préférence qui est également fondée dans les fistules qui ont plusieurs orifices externes, et dans celles qui ont la peau malade.

La ligature doit être employée exclusivement dans les fistules dont l'orifice est très-élevé à cause de l'hémorragie qui seroit la

suite inévitable de l'incision des vaisseaux hémorroïdaux, dans celles compliquées de grosses varices ou d'artères presque anévrismatiques. Elle convient aussi dans les fistules qui attaquent des personnes habituellement sujetes au dévoiement, foibles, cacochymes qu'une longue suppuration épuiserait; celles qui habitent des endroits mal sains, les hôpitaux, par exemple, à l'époque de la gangrène humide qui, en détruisant le sphincter, laisseroit une incontinence des matières fécales.

Il est possible de combiner la ligature à l'incision dans les cas qui paroissent l'exiger.

Je termine ici, Messieurs, cette Dissertation, vous priant d'observer que les idées les plus saines que j'ai pu avoir sur cette matière, ont été jetées à la hâte sur le papier.

Employé depuis très-longtemps dans les hôpitaux militaires, chargé d'un travail immense, je n'ai pu faire preuve d'érudition, les bons préceptes que j'ai puisé dans les auteurs se sont en quelque sorte confondus dans mon esprit; et je serois très en peine de rappeler aujourd'hui à qui je le dois. Je demande en outre toute votre indulgence pour le style trop négligé sans doute, mais qu'il m'a été impossible de soigner, vu le peu de temps que j'ai pu obtenir pour venir dans cette illustre École lui payer mon foible tribut.

Daignez le recevoir avec votre bonté accoutumée.

F I N.



ARGUMENTERONT

MM. LES PROFESSEURS

DE L'ECOLE DE MEDECINE DE MONTPELLIER.



GASPARD-JEAN RENÉ, <i>Directeur de l'Ecole.</i>	}	Médecine légale, et Histoire de la Médecine.
P. M. A. BROUSSONET, <i>Directeur du Jardin des Plantes.</i>		Botanique.
C. L. DUMAS.	}	Anatomie, Physiologie, et Médecine clinique pour les maladies réputées incurables.
G. J. VIRENQUE.		Chimie et Pharmacie.
P. LAFABRIE	}	Clinique interne.
J. L. V. BROUSSONET.		
J. POUTINGON.	}	Clinique externe.
A. MEJAN.		
J. B. T. BAUMES.		Nosologie et Pathologie.
J. N. BERTHE.		Thérapeutique et Matière médic.
J. M. J. VIGAROUS.		Instit. de Médecine et Hygiène.
A. L. MONTABRÉ.		Médecine opératoire.
J. SENEAX.		Accouchemens.



PROFESSEURS HONORAIRES.

- P. J. BARTHEZ, Médecin du Gouvernement.
- A. GOUAN, Ex-Professeur de Botanique.
- H. FOUQUET, Ex-Professeur de Clinique.
- J. A. CHAPTAL, Sénateur, ex-Professeur de Chimie.

ARGUMENT FRONT

MM. LES PROFESSEURS

DE L'ECOLE DE MEDICINE DE MONTPELLIER.

Médecine légale, et Histoire de la Médecine.	GARRAUD-JEAN LEBLANC, Directeur de l'Ecole.
Botanique.	P. M. A. BROUSSONNET, Directeur de l'École des Botanique.
Anatomie, Physiologie, et Médecine clinique pour les maladies aiguës et chroniques.	C. L. DUMAS.
Chimie et Pharmacie.	G. F. VIGNON.
Clinique interne.	P. FAYARD, J. M. V. BROUSSONNET.
Clinique externe.	J. POUTIGNON, A. MELAN.
Nosologie et Pathologie.	J. B. T. BAUMES.
Thérapeutique et Matière médicale.	J. N. BERTHE.
En s'ic. de Médecine et Hygiène.	J. M. J. VIGAROUS.
Médecine opératoire.	A. L. MONTABERT.
Accouchemens.	J. SERRAUX.

PROFESSEURS HONORAIRES

	P. J. BARTHES, Médecin du Gouvernement.
	A. GOUAN, Ex-Professeur de Botanique.
	H. F. GOURT, Ex-Professeur de Clinique.
	J. A. CHAPTAL, Sénateur, ex-Professeur de Chimie.