

**Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact : (abaissement et fixation anale du segment de rectum supérieur à la fistule, après résection du segment rectal sous-jacent) / par Paul Segond.**

### **Contributors**

Segond, Paul.  
Doran, Alban H. G. 1849-1927  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Paris : Imp. Paul Dupont, [1895]

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/e4gepa9r>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

18

# NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

POUR SUPPRIMER LES FISTULES RECTO-VAGINALES CHEZ LES FEMMES  
DONT LE PÉRINÉE EST INTACT <sup>1</sup>

*(Abaissement et fixation anale du segment de rectum supérieur à la fistule,  
après résection du segment rectal sous-jacent) ;*

PAR

PAUL SEGOND

Agrégé de la Faculté, Chirurgien de la Maison municipale de santé,  
Membre de la Société de chirurgie.

---

Je viens d'observer un cas de fistule recto-vaginale dont l'étiologie ne manque pas d'une certaine originalité. Mais là n'est pas son véritable intérêt. Ce qui motive surtout sa publication, c'est le désir de faire connaître le procédé que j'ai dû imaginer pour fermer sûrement la fistule. En dépit des conditions les plus défavorables, il m'a donné cette occlusion si vite et si bien, que je n'hésite pas à le considérer comme procédé de choix, dans les cas similaires. Voici d'abord le fait :

Mon opérée est maintenant une robuste femme de 31 ans, fort saine de corps et d'esprit, mais elle a été jadis fillette de 15 ans, et vers cet âge, elle a eu, de concert avec l'une de ses contemporaines, l'idée très particulière de s'introduire un pot de pommade dans le vagin. Sa compagne en est morte avec des accidents de péritonite. Quant à ma malade, après avoir beaucoup souffert, elle a fini par vivre en assez bonne intelligence avec son corps étranger et, nourrissant toujours l'espoir d'une expulsion spontanée, elle s'est mariée sans mot dire, à 19 ans. Que s'est-il exactement passé ensuite ? Je crois superflu de trop le préciser. Le fait est que la tolérance s'est continuée pendant seize ans, sans autres tribulations pathologiques ou matrimoniales, et, c'est en avril 1894 seulement, que se sont manifestés des accidents assez graves pour nécessiter l'intervention d'un médecin. A cette date, la

<sup>1</sup> Communication faite à la Société de chirurgie le 6 mars 1895 (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 168).



malade était de passage à Blois, et le 30 avril, elle a fait demander mon ami le D<sup>r</sup> Ferrand qui a bien voulu me donner la note dont voici le résumé :

« La malade a une température élevée (39°), le faciès grippé, des frissons et des vomissements répétés. L'abdomen est uniformément distendu et très douloureux. Bref, le diagnostic de péritonite me paraît évident et la patiente me refusant, avec le droit de la toucher, la possibilité d'un diagnostic précis, je me borne à une médication symptomatique (collodion sur l'abdomen et potion de Rivière). Le lendemain et le surlendemain, l'état s'aggravant de plus en plus, le mari se décide aux aveux, et, par le toucher vaginal, je découvre enfin le corps du délit. Ses quinze ans de réclusion lui ont laissé tous ses caractères de corps lisse et arrondi. Il est solidement encastré dans le cul-de-sac postérieur et dans la brèche qu'il a faite à la cloison recto-vaginale. Je fais aussitôt comprendre la nécessité d'une extraction et j'y procède le 3 mai, avec l'assistance de mon ami le D<sup>r</sup> Hahusseau, de Mer. L'extraction est faite sous le chloroforme, après asepsie très soignée de la vulve, du vagin et du rectum. La mobilisation du pot ne devient possible qu'après l'ablation d'un gros bourgeon charnu qui a pénétré dans son intérieur, puis l'opération se termine sans autre incident. La perforation recto-vaginale se montre alors avec tous ses caractères : elle siège très haut, elle occupe toute la largeur du fond du cul-de-sac vaginal et ses dimensions, comme l'état des parties qui l'entourent me défendent toute tentative actuelle de réparation. Dès le lendemain, les accidents disparaissent et peu de jours après, la malade reprend son activité. Je la revois le 23 juin et, pour tâcher de modérer un peu le passage des matières fécales par le vagin, je conseille l'usage d'un pessaire de Gariel. Les résultats de cette obturation artificielle sont d'abord assez satisfaisants, mais bientôt, la patiente reconnaît d'elle-même la nécessité d'une occlusion définitive et, sur mon conseil, elle se rend à Paris le 25 janvier 1895, pour entrer dans le service de mon ami M. Paul Segond qui l'opère, en ma présence, le 31 janvier. »

Avant de décrire l'artifice que j'ai employé pour obtenir la disparition de l'infirmité qui m'était ainsi confiée, je tiens à préciser les conditions dans lesquelles se trouvait la brèche recto-vaginale : très haut située dans le fond du cul-de-sac postérieur, dont elle occupait toute la largeur, elle se présentait là, comme une vaste fente transversale, à bords calleux et indurés, donnant très libre accès du rectum au vagin et *vice versa*. Son bord supérieur était constitué par le col utérin lui-même dont la lèvre postérieure indurée et ulcérée se trouvait comme fusionnée avec la muqueuse rectale ; son bord inférieur affectait la forme d'un gros bourrelet transversal et ses extrémités donnaient au doigt la sensation de tractus cicatriciels entrecroisés. Le cathétérisme utérin ne révélait pas de rétrécissement cervical, et la lèvre antérieure du col était à peu près saine. Mais, dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on voyait



encore les traces de l'ulcération transversale que le pot de pomade s'était creusée à ce niveau. Ces lésions étaient sans doute faciles à voir en s'aidant d'un spéculum, mais l'accès direct de la fistule n'en restait pas moins assez difficile, parce que l'utérus, retenu par les adhérences de la dernière poussée péricérivitrine, s'abaissait mal, et surtout, parce que le périnée parfaitement intact offrait une épaisseur et une résistance peu communes.

En présence d'une telle fistule, que faire ? A la rigueur, j'aurais pu pratiquer la section totale du périnée, pour tenter ensuite une colpopérinéorrhaphie immédiate par la méthode de Lawson-Tait. C'est à coup sûr le procédé de choix pour la grande majorité des fistules recto-vaginales compliquées de lésions périnéales. Mais, dans le cas particulier, la solidité du périnée était vraiment trop remarquable pour que je risque de la compromettre. Et puis, la largeur de la fistule était telle, que même après division totale de la cloison recto-vaginale, il m'eût été impossible de tenter le rapprochement de ses commissures. Il fallait donc, de toute nécessité, appliquer une autre méthode. Or, dans les procédés connus, je ne voyais rien qui pût me donner satisfaction.

*La suture, après simple avivement*, pratiquée soit par le vagin, soit par le rectum, aurait, suivant l'usage, certainement échoué. *L'autoplastie par dédoublement* de Sanger<sup>1</sup>, avec sutures perdues de Lauenstein<sup>2</sup> sur l'orifice rectal, *l'autoplastie par glissement* de Fritsch<sup>3</sup>, et surtout *l'autoplastie par glissement à lambeaux superposés* de Le Dentu<sup>4</sup> étaient les trois seuls procédés de suture directe susceptibles de me tenter. Mais, comme je l'ai dit, c'est le col utérin lui-même qui formait la lèvre supérieure de la fistule. Il était comme fusionné à la paroi rectale correspondante et cette disposition me défendait toute tentative de dédoublement ou de glissement. D'autant, que l'impossibilité d'abaisser franchement l'utérus rendait l'accès de la fistule très difficile. Aurais-je eu quelque avantage à tourner la difficulté, en passant par la voie sacrée, comme l'a fait une fois Heydenreich<sup>5</sup> ? Je ne le crois pas. Bien que ce chirurgien distingué ait obtenu de la sorte un succès remarquable, il n'en résulte pas, à mon avis, que le procédé mérite

<sup>1</sup> SÄNGER, The operative treatment of recto-vaginal fistula (*Buffalo med. and surg. Journ.*, juin 1891).

<sup>2</sup> LAUENSTEIN. Voy. figure 418 du *Traité de gynécologie de S. Pozzi*, 2<sup>e</sup> édit., p. 966.

<sup>3</sup> FRITSCH, *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 804. — Voy. figures 426 et 427 du *Traité de gynécologie de S. Pozzi*, 2<sup>e</sup> édit., p. 970.

<sup>4</sup> LE DENTU, Procédé d'occlusion des fistules recto-vaginales (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 589).

<sup>5</sup> HEYDENREICH, Un cas de fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée (8<sup>e</sup> Congrès de chirurgie. Lyon, 1894, p. 718).



généralisation. J'espère, en effet, démontrer qu'on peut faire mieux beaucoup plus simplement, et sans s'exposer aux incidents qui ont retardé la guérison de l'opérée d'Heydenreich. Le huitième jour, il y a eu passage des matières par la plaie sacrée et la cicatrisation définitive n'a pas réclamé moins de deux mois et demi.

Après ces éliminations successives, deux procédés restaient seulement à choisir. Celui de Félizet<sup>1</sup> et celui de Quénu<sup>2</sup>. L'un et l'autre m'auraient permis de tenter la cure de la fistule, sans toucher au périnée. Le procédé de Quénu, moins sommaire et plus sûr que celui de Félizet, était notamment très indiqué. Quénu conseille, en effet, comme Félizet, de procéder par voie de dédoublement périnéal, avec l'idée préconçue de supprimer l'influence pernicieuse du contact des gaz. Mais, poussant plus loin l'œuvre de réparation, il se garde de sacrifier le feuillet postérieur du dédoublement périnéal et s'attache à fermer par des sutures appropriées la perforation vaginale, aussi bien que la perforation rectale. Il termine par la section sous-muqueuse du sphincter et le drainage temporaire de la brèche périnéale. Cette manière de faire aurait donc pu répondre assez bien à mes intentions. Et cependant, ce n'était pas encore la vraie solution. La cloison recto-vaginale une fois dédoublée, l'élévation de la fistule et l'impossibilité d'abaisser franchement l'utérus auraient sûrement compliqué beaucoup le placement des fils; l'échec des sutures, comme la lenteur de la guérison, seraient par conséquent devenus autant d'éventualités possibles sinon probables, et pareille incertitude ne cadrerait pas du tout avec mes projets.

C'est alors que m'est venue la pensée suivante : *supprimer la portion de rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée ; aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, le dégainer et l'abaisser jusqu'à l'anus.* N'était-ce pas remplir au mieux toutes les indications, supprimer la brèche rectale, sans courir les risques d'une suture laborieuse, enlever au contenu de l'intestin toute issue possible vers les surfaces cruentées, et se placer ainsi dans des conditions telles que la guérison se trouvait, en quelque sorte, réalisée séance tenante ? Il me paraît difficile de n'en point convenir, d'autant que l'artifice opératoire auquel je voulais confier la guérison n'était, en somme, que l'exagération de l'abaissement rectal, sans lequel on ne fait pas de bonne colpopérinéorrhaphie. Ce détail de technique est maintenant bien connu. Pozzi<sup>3</sup> en a montré toute l'importance. Je

<sup>1</sup> FÉLIZET, Traitement de la fistule recto-vaginale; rapport de P. SEGOND (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 701).

<sup>2</sup> QUÉNU, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 706.

<sup>3</sup> POZZI, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 209.



l'ai souligné moi-même<sup>1</sup>, à propos d'une communication de Routier<sup>2</sup>. Dans toute colpopérinéorrhaphie, la mobilisation large et l'abaissement du rectum isolent les surfaces cruentées, permettent d'éviter les sutures isolées de l'intestin et donnent, en définitive, la meilleure garantie de succès. Or, je le répète, je ne poursuivais pas autre chose que l'application, en très grand, de cette même manœuvre. Mon but était donc au moins rationnel.

Restait à savoir si le rectum se laisserait abaisser du haut de la fistule jusqu'à l'anus, ce dont mes assistants semblaient un peu douter. Mais j'avais, pour les convaincre et me donner confiance à moi-même, les deux données positives que voici : la première, c'est que, dans les extirpations de l'extrémité inférieure du rectum pour affections organiques (retrécissements ou cancers), il est possible d'aller prendre ce qui reste du rectum, de le dégainer, sans ouvrir le péritoine, et de l'abaisser jusqu'à la peau, alors même que la section rectale porte à une bonne longueur d'index au-dessus de l'anus. Le deuxième point dont ma pratique antérieure me donnait aussi la parfaite assurance, c'est qu'à la faveur d'une dilatation de l'anus, exécutée largement et sans brusquerie, on peut faire une extirpation rectale intra-sphinctérienne, suturer à la peau la tranche rectale abaissée et voir ensuite le sphincter récupérer l'intégrité de ses fonctions. Toute objection capitale étant ainsi levée, j'ai décidé l'intervention et voici comment j'ai procédé :

La malade étant en position dorso-sacrée, j'ai fait avec les doigts une dilatation lente, cadencée et très complète du sphincter ; puis, après avoir incisé circulairement la muqueuse rectale à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa jonction avec la peau, je me suis mis en devoir de libérer le segment de rectum à réséquer. J'insiste sur la nécessité d'inciser la muqueuse anale un peu au-dessus de sa jonction avec la peau, parce que, si la section porte plus bas, la cicatrice ultérieure ne se cache pas assez bien dans la dépression anale, la muqueuse tend à prolaber en tout ou en partie, et les opérés en sont incommodés. Quant à la libération du segment rectal, elle s'est effectuée sans difficulté.

Une fois la muqueuse anale séparée du sphincter par dissection, et la zone sphinctérienne dépassée, j'ai saisi toute l'épaisseur de la paroi rectale et procédant avec les doigts, sans le secours d'aucun instrument tranchant, j'ai dédoublé la cloison recto-vaginale, dans toute sa hauteur, jusqu'à la fistule. Arrivé là, j'ai pris un instant le bistouri pour trancher le trajet de la fistule et séparer son orifice

<sup>1</sup> PAUL SEGOND, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XX, p. 221.

<sup>2</sup> ROUTIER, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 206.



rectal de son orifice vaginal, puis, j'ai continué la libération de la paroi antérieure du rectum au-dessus de la fistule, en la décollant avec l'ongle, du péritoine qui la double à ce niveau. Séparation facile, parce que le péritoine de cette région, renforcé qu'il est par l'épanouissement terminal de la couche musculaire lisse postérieure des ligaments larges, présente l'épaisseur et la résistance voulues pour se laisser décoller sans risque de déchirure. Afin de faciliter ce temps spécial, j'avais pris soin d'immobiliser l'utérus et de le fixer au maximum d'abaissement possible, à l'aide d'une pince de Museux passée par le vagin, amarrée sur le col et confiée à un aide.

Cela fait, je me trouvais dans la situation suivante : la pince dont je viens de parler immobilisait l'utérus. Deux écarteurs assuraient la béance du sphincter dilaté et mettaient tout à portée de mes yeux et de mes doigts. J'avais enfin prise solide sur l'extrémité inférieure du rectum encore adhérent sur presque toute sa face postérieure, mais complètement libéré sur sa face antérieure. Quant à la fistule, elle était, elle aussi, dédoublée et par conséquent transformée en deux brèches transversales dont l'une, vaginale, se voyait au ras du col, en haut de la paroi vaginale et dont l'autre, intestinale, allait suivre le rectum dans son abaissement, pour être finalement réséquée avec lui. Rien de plus simple, par conséquent, que de continuer l'opération : saisissant alternativement, de la main gauche, soit la partie de paroi rectale antérieure, qui, avant son dédoublement, limitait en arrière la lèvre supérieure de la fistule, soit l'ensemble du segment rectal libéré, me servant d'autre part de l'ongle de mon pouce droit pour décoller les tissus, j'ai progressivement dégainé, par tractions successives, la portion de rectum située au-dessus de la fistule, jusqu'à ce que le bord supérieur de la brèche rectale fût suffisamment abaissé pour être suturé à l'anus.

L'abaissement de la paroi rectale antérieure devait être, par conséquent, aussi large que possible et sa résection, porter franchement au-dessus du niveau de la brèche fistuleuse. Mais, sur les parties latérales et surtout sur la partie postérieure, il eût été exagéré de ne pas être plus parcimonieux; j'ai retranché juste ce qu'il fallait pour éviter tout plissement et, par conséquent toute procidence du rectum après l'abaissement nécessaire de sa paroi antérieure. Il en est donc résulté : que le segment rectal dégainé au dehors de l'anus était beaucoup plus haut en avant qu'en arrière, et que la section sus-fistuleuse du rectum a été faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant d'une part, au-dessus de la fistule et d'autre part, à 3 centimètres environ au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter.



Le rectum ainsi traité, l'opération était terminée ou peu s'en faut, et je ne fais qu'énumérer les derniers temps, trop simples pour être détaillés : suture à la soie plate du rectum abaissé au niveau de l'anus ; par le vagin, rapide avivement de la brèche représentant le dernier vestige de la fistule et suture de ses deux lèvres par des fils de catgut perdus ; petit drain placé dans le décollement recto-vaginal ; enfin, pansement constitué par une mèche de gaze iodoformée dans le vagin, un tube de caoutchouc dans l'anus, pour l'échappement des gaz et une compresse aseptique sur le tout.

Les suites de cette opération ont été des plus simples et je puis dire que le résultat thérapeutique a dépassé mes espérances. Au bout de quarante-huit heures, j'ai enlevé le petit drain anté-rectal. Il n'y a pas eu la moindre élévation thermique. Bien loin de constiper la patiente, nous avons provoqué les selles quotidiennes dès le lendemain de l'intervention. Les fils fixant le rectum à l'anus ont été enlevés au bout d'une semaine ; la cicatrisation était complète à cette date et peu de temps après, la malade a quitté mon service complètement guérie. Les fonctions sphinctériennes avaient retrouvé leur intégrité et la suture se cachait si bien au fond de la dépression anale, qu'il était pour ainsi dire impossible, à première vue, de retrouver les traces d'une intervention quelconque. Quant à la fistule, tout ce qu'il en restait, c'était la brèche du cul-de-sac vaginal postérieur suturée au catgut, mais en tant que fistule recto-vaginale, il ne pouvait plus être question d'elle. Elle avait disparu avec le segment intestinal réséqué. La paroi rectale saine, abaissée comme un voile au devant de l'orifice vaginal de l'ancienne fistule, fermait désormais toute communication possible avec le rectum et si j'osais risquer une comparaison, je pourrais donner une juste image de l'artifice opératoire employé, en disant que la volonté de fermer sûrement la fenêtre d'un bon premier étage m'avait conduit à cette mesure radicale, de tirer le store jusqu'au rez-de-chaussée, pour le fixer à ras de terre.

Le nouveau procédé que je viens de décrire me paraît digne d'attention. Il m'a donné un résultat merveilleux dans un cas qui n'était justiciable d'aucun des procédés classiques connus et je le crois susceptible d'être généralisé. Qui peut le plus peut le moins, et, puisque la suppression par abaissement rectal est possible pour une fistule sise au ras du col, il est bien clair qu'on pourra procéder de même avec d'autant plus d'aisance, que la brèche à combler sera plus bas située. Toutes les fois qu'une fistule recto-vaginale en vaudra la peine par ses dimensions et ne s'accompagnera pas de lésions périnéales réclamant elles-mêmes opération, je ne vois donc pas pourquoi préférence ne serait pas donnée à cette manière de faire essentiellement sûre.



Cette application nouvelle de la mobilisation large du rectum, avec abaissement maximum de sa paroi antérieure, me paraît mettre ce temps opératoire en valeur très particulière, quand on envisage le traitement des fistules recto-vaginales dans son ensemble. Que l'abaissement rectal complète et protège une colpo-périnéorrhaphie, qu'il résume, au contraire, à lui seul toute l'intervention, sa portée reste la même : il supprime la fistule. Son rôle

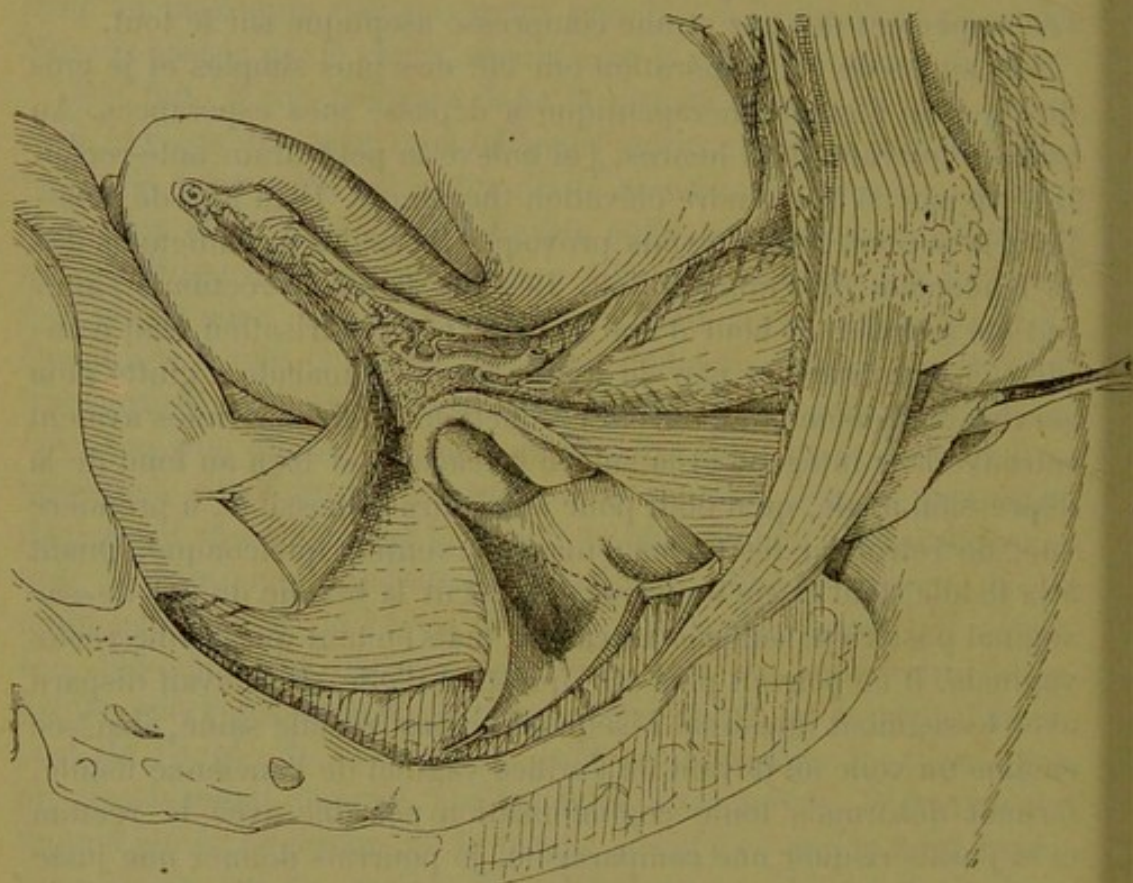


Fig. 1.

Cette coupe antéro-postérieure montre l'obliquité du plan suivant lequel j'ai réséqué le rectum. Un crochet soulève le segment rectal en arrière, pour montrer, en avant, la communication recto-vaginale; celle-ci conduit sur le col utérin qu'il était facile de voir et de toucher par le rectum. Au-dessus, un crochet soulève le péritoine épais qui double le cul-de-sac de Douglas, péritoine que j'ai décollé pour abaisser le rectum. En bas, une pince saisit la portion de rectum destinée à la résection; cette portion de rectum est mobilisée sur toutes ses faces et passe au centre de l'anneau musculaire sphinctérien.

est donc primordial, son efficacité supérieure et, pour dire toute ma pensée, je crois qu'en présence d'une fistule recto-vaginale quelconque, on aura toujours avantage à subordonner son manuel à la nécessité première d'abaisser jusqu'à la peau, la partie de paroi rectale sise au-dessus de la fistule. La manœuvre est toujours possible; elle dispense des sutures compliquées et des dédoublements



parcimonieux, et je n'en connais pas qui puisse donner le résultat cherché, avec autant de certitude et de simplicité. Quel que soit l'avenir de cette manière de voir, il n'en reste pas moins démontré que dans les cas analogues au mien, le nouveau procédé que je conseille offre une véritable supériorité. Je crois donc utile de résumer en quelques lignes son mode d'exécution et, grâce aux deux dessins que je dois à mon maître Farabeuf, je n'ai pas à craindre d'être confus.

La malade étant préparée, endormie et placée en position dorso-

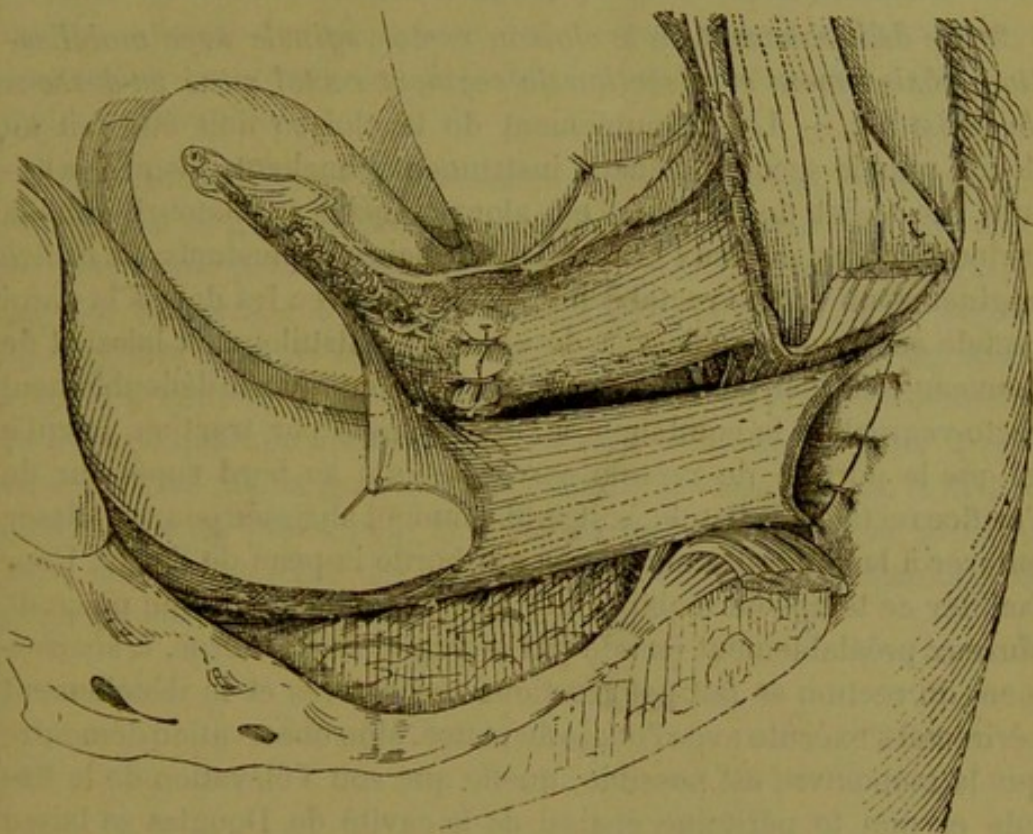


Fig. 2.

La figure 2 donne l'aspect des parties une fois l'opération terminée. En bas, la moitié droite du sphincter est sectionnée et relevée pour découvrir la suture anale du segment rectal abaissé. En haut, au-dessous du péritoine de Douglas relevé par un crochet et sur le cylindre vaginal, on voit l'orifice vaginal de la fistule fermé à l'aide de trois fils placés par le vagin.

sacrée, voici la succession et les particularités principales des temps opératoires qu'il convient d'exécuter (voy. *fig. 1 et 2*) :

1° *La dilatation de l'anus.* — Cette dilatation doit être digitale, lente, cadencée, suivant l'ancienne expression de Récamier, et aussi complète que possible. En procédant ainsi, la muqueuse n'éclate pas sous les doigts, on obtient un accès des plus larges, et ultérieurement, le sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions.



2° *La libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal.* — L'incision circulaire de la muqueuse anale doit porter à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau. Cette précaution est indispensable pour que la ligne de suture ultérieure soit bien cachée dans la dépression anale. La muqueuse une fois incisée circulairement, rien de plus simple que de la disséquer, dans toute la hauteur du sphincter, par une série de petits coups de ciseaux. Cela fait, la béance du sphincter mis à nu est maintenue par deux écarteurs et vous pouvez saisir toute l'épaisseur des parois rectales pour procéder au temps suivant.

3° *Le dédoublement de la cloison recto-vaginale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessous de la fistule.* — Le dédoublement de la cloison doit être fait au doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, jusqu'à la fistule. Le trajet de la fistule est alors tranché au bistouri, vous la dédoublez ainsi en deux orifices, désormais indépendants, un orifice vaginal et un orifice rectal. Puis, saisissant avec les doigts la paroi rectale antérieure au-dessus de son orifice fistuleux, et laissant de nouveau tout instrument tranchant, vous continuez le dédoublement recto-vaginal en le combinant à l'abaissement par traction, jusqu'à ce que la portion de rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule, soit suffisamment abaissée pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Pour faciliter ce temps de mobilisation et de dégainement, une pince de Museux préalablement passée par le vagin, fixe l'utérus. L'abaissement du rectum se fait par tractions successives et le décollement périrectal s'exécute avec l'ongle du pouce. Mon observation démontre que la manœuvre est possible, quelle que soit l'élévation de la fistule et que le péritoine épaissi de la cavité de Douglas se laisse refouler, sans risquer de se rompre.

Au fur et à mesure que s'abaisse la paroi rectale antérieure, il est clair que les parties latérales et postérieures du cylindre rectal se plissent et saillent au dehors. Ce plissement doit être d'abord négligé, puis, lorsque l'abaissement de la paroi rectale antérieure est réalisé au degré voulu, vous libérez le cylindre rectal sur les côtés, puis en arrière, de quantité suffisante pour qu'il ne se plisse plus et pour que l'affrontement se fasse dans de bonnes conditions, après la résection du segment rectal inférieur à la fistule. Si je me fais bien comprendre, on voit que cette résection doit être faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant, d'une part, par le bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule et, d'autre part, au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter, à une distance variant évidemment avec les dimensions de la résection, c'est-à-dire avec la hauteur du siège de la fistule.



4° *La suture du rectum à l'anus.* — Cette suture se fait à la soie plate, suivant les règles habituelles; pour peu que le dédoublement recto-vaginal soit étendu, je crois prudent de laisser en avant la place d'un petit drain qui, pendant deux ou trois jours, assure l'écoulement des liquides susceptibles de suinter à ce niveau.

5° *La suture après avivement de l'orifice vaginal de la fistule.* — Cette suture se fait naturellement par voie vaginale. On pourrait s'en passer, puisque la communication rectale a disparu avec le temps précédent et que le store rectal bouche la fenêtre vaginale; il est cependant préférable de fermer l'orifice vaginal avec quelques points de catgut, pour que les sécrétions utéro-vaginales ne puissent pas s'insinuer dans la plaie qui résulte du dédoublement recto-vaginal.

6° *Le pansement.* — Le pansement fort simple est constitué par une mèche de gaze iodoformée tassée dans le vagin, par un tube de caoutchouc placé dans le rectum pour l'échappement des gaz et par une compresse aseptique maintenue au-devant de la région ano-vulvaire par un bandage en T. Le tube rectal est supprimé avec la première selle, le petit drain placé dans le dédoublement, au bout de quarante-huit heures, et vers le huitième jour, quand on enlève les fils, la guérison est réalisée. Il va de soi que la liberté quotidienne du ventre peut et doit être maintenue dès le premier jour, sans aucun souci des sutures anales dont il suffit d'assurer la propreté après chaque évacuation.



Le premier de ces deux points est le plus important. Il s'agit de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale. La seconde question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La troisième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale. La quatrième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La cinquième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale. La sixième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La septième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La huitième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La neuvième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La dixième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La onzième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La douzième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La treizième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.

La quatorzième question est de savoir si la loi est faite par le peuple ou par ses représentants. C'est la question de la souveraineté nationale.