

avec les deux index ou les deux pouces portés vers les ischions. Le soulagement est rapide, parfois presque immédiat; dans quelques cas invétérés, où la névrite a succédé à la névralgie, l'apaisement des douleurs demande plusieurs jours.

ARTICLE IV

ULCÉRATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

La muqueuse du rectum est un lieu d'élection pour les érosions et les ulcérations : cela résulte surtout des occasions incessantes d'ulcérations qui s'y rencontrent, des traumatismes qui résultent de la défécation, de la présence fréquente de varices au niveau de la muqueuse ano-rectale.

La blennorrhée rectale peut occasionner des excoriations fissuraires siégeant dans les plis rayonnés. A l'anus, le chancre mou prend fréquemment l'aspect d'une fissure. La dysenterie forme dans le rectum des ulcérations rondes, à bords taillés à pic, succédant à l'élimination d'une escarre de la muqueuse. La syphilis tertiaire donne rarement lieu à des ulcérations. L'ulcère tuberculeux du rectum, primitif ou consécutif à une tuberculose pulmonaire, a des dimensions généralement volumineuses, dont le siège est rectal ou ano-rectal, dont la forme est irrégulièrement arrondie, dont les bords sont décollés, avec infiltration muqueuse dans le voisinage.

Comme l'ont vu MALASSEZ et PÉAN, comme l'admettent les Anglais CRIPPS et BALL, comme l'a établi QUÉNU, il existe à l'anus de véritables ulcères variqueux. L'altération variqueuse des veines anales et le trouble circulatoire qui en résulte entraînent, ici comme ailleurs, une diminution de l'état trophique local : de là, un retard dans la réparation des plaies à ce niveau; de là, la transformation ulcéreuse des moindres pertes de substance de la muqueuse, chez les hémorroïdaires. Trois types s'observent, et l'on va de l'un à l'autre par agrandissement progressif : 1° une simple fissure, douloureuse ou tolérante, qui est le premier stade; 2° un petit ulcère arrondi (ulcère

d'ALLINGHAM); 3° enfin, l'ulcération large de MALASSEZ et PÉAN qui siége de préférence à la commissure postérieure de la marge. Trois symptômes révèlent ces ulcères variqueux non irritables : des troubles de la sensibilité généralement bornés à du ténésme et à des faux besoins; un écoulement muco-purulent; l'hémorragie.

Les ulcères fissuraires, irritables et douloureux « painful ulcer » des Anglais, doivent être traités par la dilatation de l'anus. Les ulcères simples sont pansés avec des astringents (pommades à l'extrait de ratanhia), la vaseline orthoformée quand ils s'endolorissent, cautérisés au nitrate d'argent quand ils bourgeonnent trop, touchés au thermo-cautère quand ils s'éternisent.

ARTICLE V

HÉMORROÏDES

Définition. — Les hémorroïdes sont les varices des veines ano-rectales.

Anatomie pathologique. — Chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, on observe, au niveau des valvules de MORGAGNI, des ampoules ovalaires, dont le volume varie de la grosseur d'un grain de blé à celle d'un petit pois. Ces ampoules veineuses, bien décrites par DURET, forment, au pourtour de l'extrémité terminale du rectum, une rangée circulaire : ce sont, comme l'a montré QUÉNU, des dilatations pathologiques, de petites varices ampullaires, de véritables « hémorroïdes en miniature ». Elles correspondent aux pincesaux de petits troncules, occupant les colonnes de MORGAGNI, qui servent d'anastomose entre les veinules d'origine de l'hémorroïdale supérieure et le réseau sous-muqueux des veines hémorroïdaires inférieures.

Tel est le *siège initial* des altérations variqueuses qui constituent les *hémorroïdes internes* : au point de vue angéiologique, il répond au réseau de jonction entre la circulation porte et la

circulation cave; topographiquement, il occupe la zone comprise entre l'orifice anal et la ligne ano-rectale. De là, l'altération variqueuse s'étend : 1° vers les ramuscules d'origine des hémorroïdales inférieures, ce qui donne lieu aux *hémorroïdes externes*; 2° du côté du système veineux rectal, les veines hémorroïdales supérieures devenant chez quelques sujets le siège de flexuosités volumineuses.

La *lésion élémentaire* est donc constituée par ces petites ampoules appendues à un ramuscule; mais ce n'est pas la seule forme observée : on voit encore des dilatations serpentine, des renflements en fuseau, des veinules branchées sur une anse comme les fils d'une aigrette. — Ces lésions élémentaires, dilatations de divers types, s'agglomèrent pour former une *hémorroïde*, c'est-à-dire un petit paquet de varices ano-rectales, appendu à un ou plusieurs troncs veineux. — Ces agglomérations d'ampoules elles-mêmes, au lieu de former des tumeurs isolées, peuvent confluer en masses plus volumineuses : ainsi se développent de véritables bourrelets. — La masse variqueuse, coiffée de la muqueuse, fait glisser cette dernière, grâce à la laxité de la celluleuse, et l'entraîne vers l'an; la saillie des bourrelets s'en accuse d'autant : le prolapsus de la muqueuse vient compliquer l'altération variqueuse.

Quelles sont les lésions histologiques des parois veineuses? On les trouve quelquefois épaissies par une hyperplasie des fibres musculaires lisses; mais la plupart du temps elles se montrent amincies, réduites, par disparition de l'élément contractile, à une couche de tissu fibreux, fusionnées parfois avec les parois tangentes des veines contiguës. Cette transformation scléreuse des parois permet leur distension et l'agrandissement de la lumière vasculaire. Souvent, cependant, le calibre au lieu de se dilater s'oblitére, grâce à l'organisation d'un thrombus obstruant. Autour des veines dilatées, les tissus présentent les signes d'une inflammation chronique. Les *vasa-nervorum* peuvent participer à l'altération variqueuse.

Étiologie et pathogénie. — Les hémorroïdes sont plus fréquentes à partir de trente ou quarante ans; elles s'observent particulièrement chez les arthritiques, chez les gros man-

geurs, chez les sédentaires, chez les constipés, dans l'état de grossesse.

Quelle est leur pathogénie? Deux conditions président à leur formation : 1° une *modification de structure* de la paroi des veines hémorroïdales; 2° une *dilatation* de ces vaisseaux. C'est-à-dire un élément biologique et un élément mécanique.

De ces deux éléments, lequel est le premier agissant? — La *dilatation veineuse est-elle le fait initial* auquel succède l'altération pariétale? Selon cette théorie mécanique, il faut accorder le rôle prépondérant aux causes d'hypertension secondaire, mises en lumière par JEAN-LOUIS PETIT, GOSSELIN et DURET : 1° gêne dans la circulation de la veine porte, résultant de lésions des viscères, surtout du foie et de la rate; 2° troubles physiologiques répétés, amenant une hypertension dans le système porte, ainsi que cela se produit dans l'effort; 3° contracture du sphincter, dont les faisceaux étranglent les canaux de dérivation qui permettent l'écoulement du sang des veines hémorroïdales internes vers les hémorroïdales externes, d'où résulte une distension des veines rectales et de leurs ampoules terminales.

En réalité, ces conditions mécaniques ne sont que des causes secondes : le fait primitif, pathogène, consiste dans l'altération scléreuse des parois des veines. C'est parce qu'elles ont subi cet amincissement fibreux, avec perte de leur réaction contractile, que les veines ano-rectales se laissent distendre sous la pression sanguine. La *phlébite*, à évolution scléreuse, la *phlébosclérose*, est la condition première de la *phlébectasie*.

Symptômes. — On distingue deux classes d'hémorroïdes : 1° les *hémorroïdes externes* qui se développent en dehors de l'an; sous les téguments limitant l'ouverture anale; 2° les *hémorroïdes internes* qui siègent dans la zone sous-muqueuse du rectum, au-dessus du sphincter, à 12 ou 13 millimètres de l'orifice anal.

1° HÉMORROÏDES EXTERNES. — A l'état de flaccidité, elles se présentent autour de l'an; sous l'aspect de saillies plates, ou irrégulièrement arrondies, solitaires ou multiples, assez largement implantées, formées par des replis ri dés et plissés de la

peau de la région péri-anale. Dites au malade de faire un effort comme pour pousser : quelques bosselures bleuâtres et molles de la muqueuse ano-rectale apparaissent à la base du repli.

L'hémorroïde externe est le siège de phénomènes congestifs et inflammatoires qui portent le nom de *crises hémorroïdaires*. Ces crises sont provoquées par des poussées de phlébite, comparables absolument à la phlébite variqueuse et due à une infection, ordinairement colibacillaire, de la varice anale. Leur intensité est variable. Dans les formes légères, la tumeur hémorroïdaire s'endolorit, se tend, et les symptômes se réduisent à une gêne dans la marche et la station assise. Parfois, cette turgescence douloureuse est plus vive : la varice se tuméfie en une tumeur dure, lisse, luisante, rosée ou violacée suivant qu'elle est recouverte par la peau ou la muqueuse, très sensible, irréductible ; la défécation est pénible et redoutée ; le spasme du sphincter aggrave ces troubles douloureux.

Généralement, en trois ou quatre jours, l'accalmie se fait, et la tumeur reprend son caractère d'hémorroïde flasque, souple et indolente. Parfois, la poussée fluxionnaire étant plus vive et la distension veineuse plus marquée, il se produit une rupture de la varice et un petit écoulement sanguin. Cette phlébite locale aboutit quelquefois à la formation d'un petit abcès : d'où la production d'une fistule cutanéomuqueuse d'origine phlébitique. Enfin, il est fréquent d'observer, comme terminaison de l'inflammation répétée des hémorroïdes externes, l'induration de la tumeur : sous l'effet de l'oblitération des varices anales et de la condensation scléreuse du tissu cellulaire, l'hémorroïde se transforme en une nodosité cutanée, desséchée et flétrie, d'apparence verruqueuse, à laquelle les auteurs anciens ont donné le nom de marisque. Ces hémorroïdes indurées ne fournissent jamais de sang, mais peuvent s'ulcérer et donner lieu à des fissures suintantes.

2° HÉMORROÏDES INTERNES. — On en distingue deux variétés : 1° les *hémorroïdes non procidentes*, qui restent cachées dans le rectum ou n'en sortent que temporairement ; 2° les *hémorroïdes procidentes*, qui, d'abord intra-rectales, ont été entraînées à

l'extérieur par la poussée du bol fécal ou par la turgescence progressive des veines et qui se montrent, hors de l'an us, sous forme d'une tumeur molle et lisse ou d'un bourrelet plus ou moins volumineux. Cette procidence présente elle-même deux formes : tantôt elle est permanente (hémorroïdes procidentes irréductibles) ; tantôt elle n'est que temporaire, la tumeur rentrant d'elle-même ou sous la pression du doigt (hémorroïdes procidentes réductibles).

Une hémorroïde interne, non procidente, restant au-dessus du sphincter, peut demeurer latente ou ne révéler sa présence, à l'occasion de crises fluxionnaires, que par une sensation de plénitude douloureuse vers le fondement, surtout marquée au moment de la défécation. Mais le symptôme décisif de ces hémorroïdes internes est l'hémorragie qui accompagne leur turgescence : ordinairement, cette hémorragie suit la défécation, sous la forme de sang rutilant non mélangé aux matières ; quelquefois, ces pertes apparaissent en dehors des évacuations fécales. Ces saignements, provenant soit de la rupture d'une ampoule variqueuse, soit d'hémorragies capillaires de la muqueuse, soit d'érosions, peuvent par leur répétition entraîner un état d'anémie grave.

Les *hémorroïdes procidentes réductibles* se bornent parfois à causer de la gêne dans la défécation et de légers saignements. Quand le prolapsus hémorroïdal, plus volumineux, résiste davantage à la réduction, on observe des douleurs et de faux besoins qui peuvent persister après la réduction. Lorsque l'irréductibilité se prolonge, les souffrances, plus vives, provoquent par voie réflexe le spasme des sphincters : dès lors s'établit un cercle vicieux, la contracture sphinctérienne augmentant la turgescence et cette dernière accroissant le spasme.

La masse hémorroïdaire interne s'étrangle ; et lorsqu'on examine la région anale on y trouve deux bourrelets concentriques : l'un, extérieur, rouge vif, formé par les hémorroïdes externes ; l'autre, central, composé de bosselures rondes, d'un rouge foncé ou violacé, à surface lisse et recouverte de mucosités, qui est dû à la procidence irréductible des hémorroïdes internes. Ce prolapsus hémorroïdal irréductible peut aboutir à

plusieurs terminaisons : l'hémorragie par rupture ; la suppuration par phlébite ; le sphacèle partiel ou total par gangrène de la partie étranglée.

La rectite complique assez fréquemment les hémorroïdes internes. Chez certains sujets, ordinairement constipés, dyspeptiques, souffrant de coliques sèches (coliques hémorroïdales), on observe un écoulement, souvent indépendant de la défécation, d'abord muqueux, puis muco-purulent, mélangé de sang rouge dans les poussées fluxionnaires. Les anciens désignaient sous le nom d'*hémorroïdes blanches*, ce catarrhe chronique du rectum.

Diagnostic. — Les hémorroïdes externes, turgescents et tendues ne prêtent à aucun doute ; les hémorroïdes dures ou flasques se distinguent des condylomes en ce que la peau conserve généralement son épaisseur et sa consistance. — Une hémorroïde interne non procidente, hémorragique, peut être confondue avec un polype : il faut chercher à la rendre apparente par un effort de défécation ou à l'observer directement avec le spéculum ani ; d'ailleurs, les polypes ont ces caractères distinctifs de se rencontrer plus souvent chez l'enfant, d'être des tumeurs pleines et relativement dures, plutôt pédiculées.

Le cancer du rectum pourrait être confondu avec des hémorroïdes internes, à pertes blanches ou à pertes blanc rouge : le toucher rectal, qui doit être pratiqué systématiquement dans toutes les maladies de la région, permettra de reconnaître les masses bourgeonnantes ou les plaques ulcérées et dures du carcinome, bien différentes des saillies lisses et souples des hémorroïdes. Le prolapsus de la muqueuse rectale se distingue des hémorroïdes procidentes par son bourrelet continu péri-anal.

Traitement. — Les crises hémorroïdaires peu graves s'apaisent sous l'influence des bains de siège chauds, des irrigations rectales à 50°, et des applications de cocaïne et d'adrénaline. Lorsqu'il s'agit de l'étranglement aigu d'un bourrelet hémorroïdaire, où le symptôme douleur prédomine, la dilatation forcée du sphincter, en supprimant le spasme, supprime les souffrances. Les bourrelets hémorroïdaires procidents doivent être traités par l'extirpation ; deux procédés sont en concu-

rence : 1° l'excision au thermo-cautère après forcipressure du bourrelet sur ses quatre points cardinaux ; 2° l'excision sanglante, opération de Whitehead. Après dilatation, on saisit avec une pince de Kocher le sommet du bourrelet d'une demi-circonférence de la marge anale et on l'abaisse ; chacune de ces demi-circonférences est excisée d'un bout à l'autre ; la tranche inférieure de la muqueuse est suturée à la peau par une série de points au catgut.

ARTICLE VI

POLYPES DU RECTUM

Définition. — Le polype du rectum est une tumeur *bénigne* et *pédiculée*, développée sur les parois rectales. La bénignité est un caractère par lequel il se distingue d'un néoplasme polypiforme, tel qu'un épithélioma à pédicule.

Anatomie pathologique. — Les polypes du rectum sont des tumeurs d'un petit volume (un pois, une cerise, une noix), d'un rouge vif ou violacé, tantôt lisses, tantôt lobulées ou mamelonnées, ordinairement uniques, parfois multiples. Ils pendent à un pédicule, cordon blanc, parfois long et grêle, parfois bref et large ; la face postérieure du rectum est leur lieu d'élection au-dessus du sphincter. — Leur consistance a servi longtemps de base à leur classification : on a distingué des *polypes durs*, constitués par un tissu d'aspect fibroïde, comparables aux fibromyomes utérins, et des *polypes mous*, petites tumeurs rouges, à pédicule grêle, comparées à une fraise, à une cerise, ou à une framboise.

Au point de vue microscopique, les polypes rectaux se divisent en deux groupes : les uns se développent aux dépens de l'appareil glandulaire ; les autres dérivent du tissu conjonctif de la muqueuse ou de la musculature des parois.

Les premiers sont donc des adénomes, où l'hypertrophie des glandes est la lésion principale ; les seconds sont plutôt des tumeurs fibro-plastiques, des fibro-myomes et des myomes.

Le polype, au début, est un néoplasme sessile. Il se pédiculise

par traction, peu à peu porté vers la cavité rectale et entraîné par l'effort de la défécation : le pédicule est donc dû à l'élongation progressive de la muqueuse dont se coiffe le néoplasme. Il arrive que ce pédicule, étiré et fragile, se rompt : d'où l'élimination spontanée du polype. Assez fréquemment, le polype, entraînant la muqueuse, détermine son prolapsus.

Symptomatologie. — L'affection est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes : garçons et filles sont également sujets aux polypes. — Leur développement est ordinairement très lent, et l'affection peut rester longtemps latente. L'apparition d'un écoulement sanguin par l'anus, chez un enfant, acquiert une valeur pathognomonique : cette perte de sang rouge, qui ne se mêle jamais au bol fécal et qui d'ordinaire suit sa sortie est intermittente, sujette à grandes variations. A cette rectorragie se combine parfois une perte glaireuse assez abondante, pour être confondue avec une dysenterie. L'enfant prolonge son séjour sur le vase, pousse avec énergie, se plaint d'une pesanteur vers le fondement, a du ténésme et quelquefois souffre de rétention d'urine.

Ces symptômes n'acquièrent une valeur absolue que lorsque la tumeur peut être vue ou touchée : souvent, à la suite d'une selle, le polype vient pendre à l'anus. Par le toucher rectal, quand cette procidence n'existe pas, le médecin rencontre dans l'ampoule une petite tumeur ronde, molle, à pédicule.

Chez l'adulte, les polypes mous ont été confondus avec des hémorroïdes ; chez l'enfant, cette méprise n'est pas possible. Toutes les fois qu'un enfant présente des troubles portant sur les viscères pelviens, coïncidant avec une rectorragie, il faut pratiquer le toucher rectal : sinon le diagnostic s'égare, surtout quand l'affection se révèle par des symptômes anormaux tels que la rétention d'urine.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'excision, après ligature du pédicule : rien n'est plus simple, quand la tumeur est procidente ; quand le pédicule reste dans le rectum, on l'atteint après dilatation du sphincter au moyen du spéculum.

ARTICLE VII

PROLAPSUS DU RECTUM

Anatomie pathologique. — Il faut distinguer, comme CRUVEILHIER l'a nettement établi, les formes anatomiques et cliniques suivantes :

1° La muqueuse ano-rectale, glissant sur la musculuse, grâce à la laxité de la couche cellulaire sous-muqueuse, s'é-

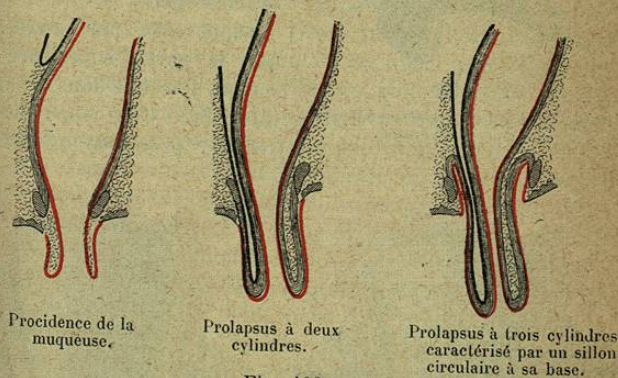


Fig. 192.

Schéma montrant les divers degrés du prolapsus rectal.

verse hors de l'anus : c'est le *prolapsus partiel*, la procidence de la muqueuse ; c'est, selon la comparaison imagée de CRUVEILHIER, la doublure trop lâche qui dépasse la manche de l'habit.

2° Le rectum sort de l'anus avec toutes ses tuniques : c'est le *prolapsus total*, *prolapsus complet* de Gross, *prolapsus invaginé* de GOSSELIN. Ici, plusieurs variétés se présentent : invaginations à deux cylindres : invaginations à trois cylindres.

Soit un tube souple, en caoutchouc, qu'on fait rentrer en

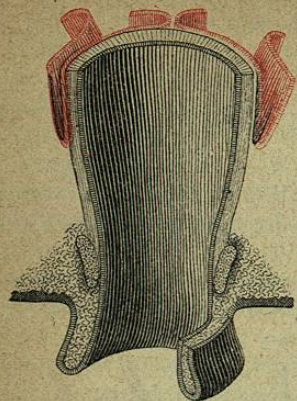


Fig. 193.

Schéma montrant un prolapsus muqueux (en coupe transversale).

lui-même à la manière d'un doigt de gant : la partie supérieure, se repliant, — cylindre invaginé à double paroi — descend dans le segment inférieur resté fixe — cylindre invaginant simple — et tend à former au dehors une tumeur de saillie variable. Tel est le mécanisme de l'invagination, comparable à l'emboîtement d'une lorgnette dont les tubes se télescopent.

Supposons, par analogie, que la partie supérieure du rectum descende dans la partie inférieure. Une coupe transversale, pratiquée au niveau

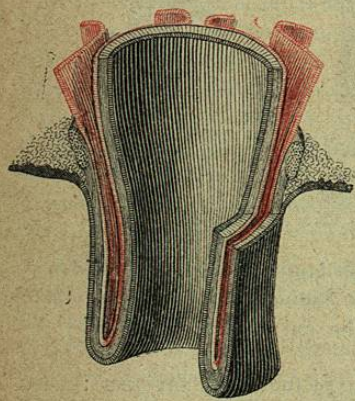


Fig. 194.

Schéma montrant un prolapsus invaginé à deux cylindres (en coupe) : pas de sillon circulaire à la base.

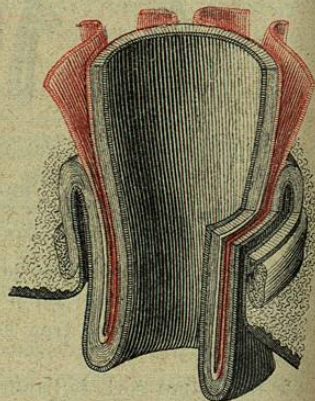


Fig. 195.

Schéma montrant un prolapsus invaginé à trois cylindres (en coupe) montrant le cul-de-sac péritonéal abaissé et la formation d'un cul-de-sac circulaire à la base.

du pli invaginé, sectionnera trois fois la paroi, sous la forme de trois cercles concentriques ; telle est l'invagination à trois cylindres (fig. 195). — Au niveau de la partie prolabée, la coupe ne rencontre que deux cylindres accolés, l'un descendant externe, l'autre ascendant interne, faisant partie tous deux du pli invaginé ; mais le premier reste toujours séparé de l'extrémité inférieure du rectum par un sillon circulaire, d'autant moins profond que le prolapsus est plus accentué. On en observe deux types, bien distingués par CRUVEILHIER : 1° le refoulement et le prolapsus de l'ampoule rectale à travers l'anus ; 2° l'invagination du colon, à travers le rectum et l'anus, qui n'est qu'un mode rectal de l'invagination intestinale.

Le prolapsus invaginé à deux cylindres (fig. 194) se comprend aisément. Supposons, nous dit Broca, que le pli d'invagination, au lieu de se faire dans la continuité du tube, se produise à son extrémité inférieure : deux cylindres seulement, l'un descendant, l'autre ascendant, existent dans la tumeur prolabée. Un caractère, commun d'ailleurs au prolapsus muqueux et au prolapsus à deux cylindres, les différencie du prolapsus total à trois cylindres : dans les premiers, la muqueuse procidente est en continuité directe avec la peau anale ; dans le second, elles sont séparées par un sillon circulaire.

Comment se produit ce prolapsus à deux cylindres ? Par deux mécanismes. Ou bien, nous dit Broca, une tumeur, d'abord constituée par la muqueuse seule, grossit jusqu'à attirer à sa suite toute l'épaisseur de la paroi rectale et alors le sillon n'a jamais existé ; ou bien, il y a primitivement prolapsus à trois gaines, et à mesure que la tumeur grossit, elle attire à elle peu à peu, le cylindre invaginant, en sorte que peu à peu la profondeur du sillon diminue jusqu'à devenir égale à zéro.

Dans le prolapsus complet, volumineux, le cul-de-sac péritonéal est abaissé : il peut constituer, dans la partie antérieure du prolapsus, un véritable sac herniaire dans lequel des anses intestinales sont exposées à pénétrer. On donne le nom d'hédrocèle à ce cul-de-sac péritonéal prolabé. Jusqu'à présent, il était admis que cette hédrocèle est secondaire, la séreuse

étant entraînée par la descente rectale. Selon une théorie récente de Ludlow, elle serait primitive, précédant le prolapsus rectal et déterminant l'invagination de l'intestin. Cette hédrocèle, et la présence des anses qui peuvent y descendre, sont très importantes à connaître, au point de vue de l'excision sanglante du prolapsus.

Étiologie et pathogénie. — Le prolapsus rectal, affection rare, s'observe surtout aux deux extrêmes de la vie : l'enfance et la vieillesse. Chez l'adulte, il se rencontre plus fréquemment chez la femme.

Quelles en sont les causes déterminantes ?

Le prolapsus muqueux, qui s'observe surtout chez les enfants et chez les vieillards, tient surtout à la laxité de la couche celluleuse sous-muqueuse : c'est un ectropion muqueux, comparable à celui qui se produit au niveau de tous les orifices ourlés d'une membrane muqueuse, chémosis conjonctival, paraphimosis, ectropion du col.

Sous l'effort de la défécation, la muqueuse prend l'habitude de devenir procidente : cela se voit chez le cheval, où la muqueuse suit, à chaque poussée, le bol fécal. Cette issue, d'abord partielle et passagère, produite après la garde-robe et rentrant facilement, finit par devenir étendue et permanente. On s'explique ainsi l'importance de la dysenterie et de la diarrhée qui multiplient les selles, de la constipation qui accroît leur effort et refoule la muqueuse avec les masses dures. On comprend, comme l'a montré MOLLIERE, le rôle de cette mauvaise habitude qu'ont les mères ou les nourrices de laisser le bébé sur le pot, d'une façon prolongée : l'enfant continue ses efforts et expulse sa muqueuse rectale. — Chez le vieillard, la muqueuse, épaissie par des varices hémorroïdales, tend à prolaber, d'autant plus qu'à cet âge, la tonicité du sphincter est souvent réduite.

Comment se produit le prolapsus complet, c'est-à-dire comment le rectum s'invagine-t-il avec toutes ses tuniques ? — De même que l'utérus et le vagin, le rectum a deux sortes de moyens de fixité : il est *soutenu*, en bas, par le sphincter et par le plancher périnéal ; il est *suspendu*, en haut, par son

mésorectum. De là, l'importance pathogénique qu'on accorde à l'un ou l'autre de ces facteurs : le relâchement du sphincter, incriminé par Giralès, qui s'observe chez les tout petits et chez les vieillards ; l'affaiblissement du plancher périnéal consécutif aux grossesses répétées ; la laxité anormale et congénitale du mésocolon et du mésorectum, ligaments supérieurs de l'organe.

Une ingénieuse théorie vient d'être formulée par LUDLOW : la hernie péritonéale du cul-de-sac de Douglas serait l'origine du prolapsus rectal. Dans ce cul-de-sac se trouvent des anses intestinales : sous l'influence de poussées fréquentes, peut-être à la faveur d'une malformation congénitale de ce cul-de-sac, la paroi antérieure du rectum est refoulée, invaginée dans l'ampoule ; et ce pli d'invagination commencerait constamment à la hauteur du sphincter de NÉLATON. La paroi antérieure est suivie, dans son invagination progressive, par la paroi latérale, puis par la paroi postérieure et par toutes les tuniques de la portion sus-ampullaire du rectum : en somme, dans le prolapsus rectal vrai, c'est toute l'ampoule qui descend et se retourne sur elle-même.

Symptomatologie. — Le *prolapsus de la muqueuse seule* se présente à l'anus sous la forme d'un bourrelet ou d'une saillie arrondie, rouge, légèrement glaireuse, se continuant directement avec la peau de l'anus, sans un sillon où le stylet puisse pénétrer. Cette absence d'une rigole circulaire constitue le signe de VIDAL (de Cassis) : il n'est point pathognomonique du prolapsus muqueux, puisqu'il se rencontre aussi dans l'invagination à deux cylindres. Une pression légère détermine la réduction du prolapsus muqueux.

Quand il s'agit d'un *prolapsus rectal vrai* avec toutes ses tuniques, la tumeur est cylindrique, allongée, de couleur rouge, humide et onctueuse à sa surface. La longueur varie de 6 à 8, 12 et 15 centimètres. Sa forme est spéciale : on l'a comparée à une massue, à une quille, dont la base est au niveau de l'orifice anal. L'extrémité inférieure de cette saillie présente un orifice ovale, qui laisse passer l'index et qui regarde en arrière : disposition attribuée par CURLING à la traction du

méso-rectum sur la partie postérieure de la tumeur, et que LUDLOW explique par la pression de la hernie à la partie antérieure, repoussant en arrière l'ensemble du prolapsus. — Entre la tumeur et l'anus, on trouve, s'il s'agit d'un prolapsus à trois cylindres, un sillon, une rigole circulaire. Saisissant la tumeur à pleines mains et la refoulant vers l'anus, on en opère la réduction; chez l'adulte, et lorsque le prolapsus est ancien, cette réduction devient difficile. Par la percussion, par la pression, on vérifiera s'il existe, en avant du prolapsus, une hémocèle, sous forme d'une tumeur gargouillante, sonore, se tendant par l'effort et la toux. — Les complications du prolapsus sont: l'ulcération de la muqueuse; l'irréductibilité et l'étranglement; la phlébite et le sphacèle de la portion prolabée.

Traitement. — Chez l'enfant, on doit réduire le prolapsus à chaque selle, surveiller la défécation, modifier la rectite par les lavements froids et le ratanhia, relever l'état général par l'alimentation réglée, les bains salés. Dans les cas graves, la cautérisation ignée, sous forme de raies de feu longitudinales, est utile en formant autant de colonnes cicatricielles qui rétrécissent l'ampoule et fixent la muqueuse à la paroi par des tracts fibreux.

Chez l'adulte, on peut se proposer deux méthodes: l'une qui restaure le soutien ano-périnéal; l'autre qui répare les moyens de suspension de l'intestin. — Les procédés ano et rectoplastiques consistent à rétrécir l'orifice anal et l'ampoule rectale, par des incisions muqueuses suivies de suture. La suspension artificielle du rectum est réalisée soit par la rectopexie, soit par la colopexie: la première surtout réglée par GÉRARD-MARCHANT, fixe l'intestin, par voie périnéale, au tissu fibreux précoccygien; la seconde, préconisée par JEANNEL, suspend, par la voie abdominale, le rectum à la fosse iliaque ou à l'arcade. — Un procédé excellent consiste à exciser le cylindre de muqueuse, sur toute la hauteur du prolapsus, et à suturer à la marge anale le contour muqueux au delà de l'excision: DELORME et nous, avons précisé la technique et les avantages de cette décortication muqueuse. — La myorrhaphie des releveurs de l'anus a été préconisée par NAPALKOFF, GIRARD, MARCHANT et

LENORMANT. — Enfin, dans les prolapsus irréductibles, à parois ulcérées ou dégénérées, il faut supprimer la tumeur par la résection.

ARTICLE VIII

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

On distingue: 1° des rétrécissements congénitaux; 2° des rétrécissements inflammatoires.

1° RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX. — Il est des rétrécissements, caractérisés par leur forme valvulaire, dont l'origine est congénitale et se rapporte aux vices de conformation de la région ano-rectale.

Certains siègent dans la portion haute de l'ampoule et paraissent correspondre à un développement exagéré des replis de HOUSRON: cette variété rare a été bien décrite par DUBREUIL. Mais, en général, les rétrécissements congénitaux se rencontrent à la partie inférieure, (dans la zone ano-rectale) à deux ou trois centimètres de l'anus. La sténose est ordinairement unique. Elle forme tantôt un diaphragme valvulaire, tantôt un croissant, tantôt une simple bride. — Un type intéressant a été décrit par TILLAUX: la bride occupe un siège constant, à trois centimètres de l'anus; elle est presque toujours située sur la demi-circonférence postérieure du rectum et on la méconnaît souvent parce que, le malade étant couché sur le dos, c'est surtout la paroi antérieure qu'explore le doigt. Au-dessous de cette bride postérieure (rétrécissement partiel, non circonferentiel), l'ampoule rectale est largement dilatée et le doigt y plonge à pic: à la présence de cette bride se rattache la formation de certaines fistules qui guérissent après son débriement.

2° RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES. — Trois ordres de lésions peuvent rétrécir les tuniques rectales: 1° une vraie cicatrice; 2° une lésion tuberculeuse de type scléreux; 3° un syphilome ayant subi la transformation fibreuse.