

recherchées et notées avec soin pour servir de base à un traitement rationnel.

Pronostic. — Les hémorrhôïdes constituent une infirmité pénible et douloureuse; rarement elles sont un véritable danger, soit par les pertes de sang qu'elles occasionnent, soit par les accidents d'étranglement qui compliquent parfois les hémorrhôïdes internes.

Traitement. — Le traitement des hémorrhôïdes doit être médical et chirurgical.

Le traitement *médical* s'adresse à la congestion; il comprend le traitement des affections qui causent les hémorrhôïdes, surtout le traitement de la constipation et les indications fournies par le rôle de l'élément congestif.

Dans ce but, on prescrit d'éviter tous les excès de table, de coït, l'abstention des liqueurs fortes, un exercice régulier et modéré, une alimentation rafraîchissante, l'emploi journalier à petites doses de toutes les eaux laxatives et de tous les remèdes contre la constipation.

Le traitement *chirurgical* s'adresse à la tumeur. Nous citerons seulement les moyens qui méritent d'être encore conservés : contre les petites hémorrhôïdes externes l'excision ou la cautérisation avec le thermocautère suffisent. Les hémorrhôïdes internes à l'état de proci-dence habituelle ou provoquée par des lavements, sont détruites au-dessus d'un clamp qui protège les parties voisines, au moyen du fer rouge : pince de Richet; on peut les détacher, soit avec l'écraseur linéaire, soit par la ligature élastique, soit enfin au moyen de l'anse galvanique. Ces opérations ne doivent pas porter sur tout le pourtour d'un bourrelet annulaire; on serait exposé à produire des rétrécissements cicatriciels. On se borne à des excisions partielles et on compte sur les bons effets de la rétraction cicatricielle pour amener la réduction et l'oblitération de ce qu'on n'aura pas jugé à propos d'enlever. L'usage des caustiques, notamment du caustique Filhos, de l'acide azotique monohydraté ou du nitrate acide de mercure, ne nous paraissent pas pouvoir être mis en parallèle avec les bons résultats fournis par les méthodes précédentes et notamment avec les avantages du cautère actuel. Un pansement antiseptique à l'iodoforme est toujours de rigueur.

Plus récemment, les recherches de Verneuil et de Fontan (1876), confirmées par beaucoup de chirurgiens, ont montré tout le profit que l'on pouvait tirer de la *dilatation forcée* du sphincter pour le

traitement des hémorrhôïdes. Cette opération, pratiquée soit avec les doigts, soit avec des spéculums dilatateurs, donne les meilleurs résultats; elle est basée sur le rôle important que jouent les fibres musculaires du sphincter dans la production des hémorrhôïdes.

CHAPITRE V

POLYPES DU RECTUM.

Les polypes du rectum sont les plus fréquents du tube digestif, après ceux du pharynx.

Ils sont encore rares; Allingham n'en a observé que 40, tant dans sa clientèle qu'à l'hôpital.

Bokai de Pesth n'en a observé que 25 sur près de 60 000 enfants.

Le polype du rectum a été décrit comme une maladie de l'enfance; Girdaldès ne la croyait pas plus fréquente chez les garçons que chez les filles; on a prétendu le contraire.

L'affection s'observerait d'ailleurs plus souvent qu'on ne le disait autrefois chez l'adulte et chez le vieillard. — Allingham a observé 17 polypes chez l'adulte et 23 seulement chez l'enfant.

Anatomie pathologique. — Ce qui caractérise le polype, c'est l'existence du *pédicule*, tantôt mince, arrondi, fragile chez l'enfant, tantôt court, résistant, aplati (adultes). Ce pédicule renferme les vaisseaux de la tumeur, le plus ordinairement une artère et deux veines satellites. Il est presque toujours unique. Smith a cependant cité un pédicule double.

La *tumeur* est ordinairement petite et arrondie; chez l'enfant, elle varie du volume d'un pois à celui d'une cerise, rarement plus; chez l'adulte, elle atteint le volume d'une noix, d'une pomme (Gosselin), d'un mandarine (B. Anger), celui du poing (Trélat) et même des deux poings (Boyer).

La surface est lisse, unie, parfois mamelonnée, granuleuse, vil-leuse même ou scissurée.

Son siège habituel est la paroi postérieure du rectum de deux à six centimètres au-dessus de l'anus; exceptionnellement plus haut, seize centimètres (Desault).

Nombre. — Presque toujours unique; Richet et Fochier ont cependant rapporté des cas où la muqueuse était tapissée de petites masses polypiformes.

Variétés. — Il y a deux grandes variétés anatomiques de polypes du rectum :

- 1° Les polypes muqueux;
- 2° Les polypes fibreux.

1° Les *polypes muqueux* sont les polypes de l'enfant, ils sont formés de vaisseaux, de glandes et de tissu conjonctif; ce ne sont pas des myxomes; ils diffèrent donc totalement des polypes muqueux des fosses nasales.

Gosselin en distingue plusieurs espèces différentes : *a.* Les *polypes folliculaires*, mous, granuleux, paraissent criblés de petits pertuis, parfois même de véritables lacunes semblables à celles de la surface de l'amygdale (Nélaton); ces polypes sont constitués par des glandes en tube hypertrophiées dont les culs-de-sac sont multipliés, dilatés, remplis d'épithélium cylindrique et d'un liquide visqueux, parfois même par de véritables kystes. — Nélaton avait le premier soupçonné cette structure, confirmée depuis par Robin, Verneuil, Cornil et Ranvier.

b. Les *polypes charnus ou sarcomateux*, plus fermes, plus lisses, plus vasculaires, sont composés d'un trame celluleuse renfermant de la matière fibro-plastique, des cellules embryonnaires et des corps fusiformes. Les capillaires veineux y sont très dilatés. Ces polypes diminuent de volume d'une façon notable après leur ablation, ce qui tient à leur vascularité. — Enfin, on y trouve quelques glandes et un revêtement épithélial cylindrique. Allingham enseigne que ce revêtement épithélial est le plus souvent pavimenteux.

c. Les *polypes papillaires* sont des tumeurs lobulées, granuleuses, molles, d'un rouge violacé, pourvues d'un large pédicule et composées d'un stroma conjonctif, servant de support à de nombreuses papilles tapissées de cellules cylindriques.

Duplay classe cette variété parmi les polypes fibreux.

Peut-être faut-il en rapprocher les tumeurs villoses, *villous tumors* des Anglais, masses lobulées à pédicule court et épais que l'on rencontre surtout chez l'adulte et le vieillard.

d. Les *polypes muqueux proprement dits*, de Forget, où les élé-

ments de la muqueuse sont en proportion normale, constituent une variété rare.

2° Les *polypes fibreux*, plus rares encore, sont plus fermes, plus pâles que les polypes muqueux et tapissés par une muqueuse amincie et peu adhérente. Ces polypes coïncidant assez fréquemment avec les hémorrhoides internes, ne sont peut-être pas autre chose qu'une hémorrhoides indurée, au moins dans certains cas (Gosselin).

Leur structure est plutôt celle des corps fibreux; Malassez a signalé dans un cas de polype du rectum la présence de fibres musculaires lisses; Billroth en a vu un autre formé de fibres élastiques.

La tumeur semble, dans ces certains cas fort rares, avoir pris naissance hors des parois rectales, dont elle s'est coiffée pour faire saillie dans le rectum; on a observé que parfois le pédicule était dans ces cas exceptionnels accompagné d'un prolongement péritonéal.

Symptomatologie. — Les polypes du rectum peuvent passer inaperçus pendant longtemps; lorsque les symptômes fonctionnels auxquels ils donnent lieu sont peu accentués, il est difficile de les reconnaître. — Des démangeaisons, de la pesanteur anale, des envies fréquentes d'aller à la selle, un peu de ténésme, ne sont pas toujours des symptômes suffisants pour attirer l'attention au moins au début; plus tard ils deviennent ordinairement assez intenses, assez douloureux pour provoquer un examen plus complet.

Quelquefois cependant les polypes se traduisent par des troubles plus importants : ce sont des selles muqueuses, teintées de sang, comparables à de la gelée de groseille (Gross), ou encore des rectorrhagies, assez abondantes pour anémier profondément le malade. Aucune autre cause ne peut provoquer chez l'enfant des hémorrhagies aussi importantes, et leur valeur séméiologique devient alors considérable.

L'aplatissement médian ou latéral du bol fécal n'a pas la valeur que lui avait attribuée Guersant.

Le plus souvent, le diagnostic ne se fait que parce que le polype sort par le fondement au moment de la défécation; on perçoit alors ses caractères physiques.

La tumeur est ou bien molle, peu volumineuse, vasculaire, c'est le polype muqueux, le polype ordinaire chez l'enfant; ou bien dure, fibreuse, présentant au moins le volume d'une noix : c'est le polype fibreux.

La tumeur vilieuse est très rare, au dire d'Allingham; elle fournit la sensation d'une masse charnue, lobulée, munie d'un pédicule plutôt aplati qu'arrondi. Elle n'est pas douloureuse, ne récidive pas, ne donne pas lieu à des hémorrhagies graves. Allingham insiste sur un écoulement très abondant de matières glaireuses semblables à de l'albumine non cuite; 2 fois sur 4 ces tumeurs ont été rencontrées chez des femmes âgées.

Le toucher rectal permettra d'apprécier la situation et l'épaisseur du pédicule.

La réduction s'opère en général d'elle-même; cependant, à la longue, l'issue se fait plus facilement, au moindre effort, et le polype saigne au contact des vêtements.

Il n'est pas rare de voir le polype du rectum se compliquer de fissure à l'anus et de prolapsus de la muqueuse. — Allingham parle même d'abcès de la marge de l'anus à la suite de polypes fibreux: d'après lui, la coexistence d'hémorroïdes ou d'autres affections serait rarement observée.

Marche. — Chez l'enfant, sous l'influence des efforts d'expulsion que provoque le polype, son pédicule s'allonge, s'amincit jusqu'à se rompre, et l'expulsion spontanée est une terminaison fréquente. Chez l'adulte, au contraire, ce mode de terminaison est plus rare. — On a indiqué la possibilité de l'atrophie spontanée du polype.

Diagnostic. — Si le polype fait saillie par le fondement, le diagnostic n'est guère difficile; il ne nous paraît pas possible de confondre un polype, dont le toucher rectal aura indiqué le pédicule, avec un prolapsus ou des hémorroïdes procidentes. Dans le premier cas, la tumeur offre un volume plus considérable, un orifice central par lequel on pénètre dans le rectum; dans le second, la tumeur est rarement unique, elle ne possède pas un pédicule net et se réduit presque toujours sur place par compression, ce qui n'a pas lieu pour le polype.

Les tumeurs malignes ne présentent pour ainsi dire jamais un pédicule aussi mince que les polypes.

Le diagnostic est, par contre, plus délicat, si le polype ne fait pas saillie au dehors; les troubles fonctionnels indiqués plus haut doivent éveiller l'attention et faire pratiquer l'examen du rectum. On administre un lavement pour essayer de déterminer l'issue de la tumeur; on engage le malade à pousser pour l'amener au dehors, enfin on

pratique le toucher rectal explorant la paroi de haut en bas, se souvenant que le polype siège rarement bien haut dans le rectum. Ces diverses explorations permettront en outre d'indiquer à quelle variété on a affaire, quels sont le siège, la vascularité et le mode d'implantation de la tumeur.

Pronostic. — Ce n'est pas une affection grave; la tumeur enlevée ne récidive pas. Énaux, Cambrai, ont cependant cité des exemples contraires à cette règle, admise par tous les anciens auteurs.

Traitement. — L'ablation d'un polype du rectum peut être effectuée de bien des manières: chez l'enfant, l'arrachement, surtout combiné à la torsion du pédicule, constitue une excellente méthode; il en est de même de la ligature simple ou élastique. — La vascularité que présentent certaines de ces tumeurs doit faire rejeter l'excision.

S'il s'agissait de pédicules un peu volumineux présentant des battements, on aurait recours soit à l'écraseur linéaire, soit à l'emploi du clamp, suivi de la cautérisation, suivant la méthode fréquemment employée par Allingham; on a encore conseillé la cautérisation, pratiquée soit au moyen des pinces porte-caustique d'Amussat, soit plus simplement avec le galvano-cautère.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU RECTUM.

Définition. — Avec Gosselin, nous définirons le *prolapsus du rectum*: toute issue par l'anus d'une partie plus ou moins étendue d'intestin.

Synonymie. — *Chute, procidence, invagination.*

Division. — Cette définition groupe dans un seul cadre pathologique des états assez différents.

La première forme est représentée par le renversement, la *procidence* de la muqueuse rectale seule.

La deuxième forme, degré plus avancé de la précédente, est le

retournement de toutes les tuniques du rectum à partir de l'anus; c'est la *chute du rectum* proprement dite.

La troisième comprend les *invaginations* du rectum.

Étiologie et pathogénie. — Le prolapsus du rectum est une affection rare; la statistique d'Allingham nous donne la proportion de 1 sur 75 maladies du rectum.

C'est surtout une maladie de l'*enfance*.

Plusieurs raisons anatomiques ont été invoquées pour expliquer cette plus grande fréquence. Chez l'enfant, le bassin est petit, la masse intestinale, qui pèse sur le petit bassin, relativement considérable, le sacrum peu incurvé, et le rectum lui aussi, sensiblement rectiligne.

Giraldès insistait encore sur la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux; mais Duchaussoy semble avoir pris l'effet pour la cause quand il parle de la faiblesse des sphincters; en réalité, à cet âge, les sphincters sont très résistants chez un enfant bien portant.

D'autres motifs physiologiques et pathologiques ont été mis en avant; ce sont: la détestable habitude qu'on a parfois de laisser les enfants trop longtemps sur le vase de nuit, les efforts déterminés par la constipation, les calculs vésicaux, les ascarides, les diarrhées chroniques persistantes, les polypes du rectum, le phimosis (Allingham), les adhérences préputiales (Bryant), la coexistence d'un rétrécissement congénital du rectum à sa jonction avec l'S iliaque (Eug. Bœckel). Tout cela se résume en deux mots: toutes les affections qui provoquent des efforts expulsifs répétés.

Chez l'*adulte*, l'affection est plus rare; les causes sont peu différentes, diarrhée, dysentérie chronique, abus des drastiques (Smith), les lavements, hémorroïdes, polypes, tumeurs du rectum. — Chez la femme, il faut y ajouter l'influence des grossesses répétées, des tumeurs du petit bassin, et noter dans un certain nombre de circonstances la coexistence d'un prolapsus utérin. Les habitudes honteuses de la pédérastie passive doivent également être incriminées dans quelques circonstances.

Chez le vieillard, aux causes précédentes s'ajoutent les efforts expulsifs provoqués par une difficulté quelconque de la miction, calculs, hypertrophie prostatique, rétrécissements de l'urèthre, ou encore par la toux répétée de certaines bronchites chroniques. L'atonie des tissus entre également pour une part importante.

Pathogénie et mécanisme. — En résumé, ce qui frappe dans cette étiologie, ce qu'on y retrouve à chaque pas, c'est le rôle de l'effort expulsif, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et chez le vieillard; certaines conditions anatomiques favorisent, il est vrai, cette influence, laxité du tissu sous-muqueux chez l'enfant, faiblesse sphinctérienne chez les vieillards; sans doute aussi la débilité produite chez l'enfant comme chez l'adulte par la diarrhée chronique persistante diminue la résistance des tissus, mais ce ne sont là que des causes secondaires: la cause principale, physiologique, c'est un effort expulsif répété souvent, ou exagéré.

Le *mécanisme* de la formation du prolapsus est dès lors facile à comprendre. Sous l'influence de l'effort, la résistance sphinctérienne normale ou affaiblie est vaincue; la muqueuse descend un peu en raison de sa laxité. Ce prolapsus passager, tout à fait analogue à celui qu'on observe physiologiquement chez le cheval, devient à la longue permanent; la muqueuse épaissie, son tissu cellulaire induré ne glissent plus que difficilement; refoulées par le bol fécal dans sa descente, les tuniques du rectum ne reprennent plus leur place. Le reste de l'intestin est ensuite entraîné petit à petit, ce n'est plus qu'une question de degré. — D. Mollière a fait jouer à l'œdème sous-muqueux un rôle important, dans le cas où l'affection est survenue à la suite de grossesses répétées ou de tumeurs pelviennes.

Anatomie pathologique. — *Première forme.* — *Prolapsus simple de la muqueuse.* — Rien de plus facile à comprendre que cette procidence limitée à la muqueuse, normale et physiologique chez le cheval dans l'acte de la défécation.

La muqueuse se détache, descend comme la *doublure trop longue ou détachée d'une manche d'habit*, suivant la comparaison très exacte de Gosselin, et vient sortir en débordant par l'orifice anal.

Tantôt le déplacement n'est que *partiel, latéral*, tantôt il est *circconférenciel*.

Ce prolapsus de la muqueuse est généralement peu marqué: 2 centimètres chez l'adulte, 3 à 4 centimètres chez l'enfant, telles sont ses dimensions moyennes. Il est constitué par l'adossement de deux muqueuses un peu tuméfiées, et se continue directement à son pourtour avec la peau de la marge de l'anus.

Deuxième forme. — *Chute du rectum proprement dite.* — Elle débute d'ordinaire par le prolapsus de la muqueuse, pour arriver à s'étendre à toutes les tuniques; elle n'est donc qu'un degré plus avancé de la forme précédente.

Sa caractéristique anatomique consiste, comme pour la précédente, en ce qu'elle se continue par sa base avec la peau de l'orifice anal. — Cette forme n'est décrite isolément que par Gosselin.

Les auteurs modernes la réunissent dans un même chapitre avec l'invagination rectale; il en résulte une confusion dans leurs descriptions. — Nous croyons préférable de la décrire à part, tout en convenant que c'est bien une invagination, mais une invagination spéciale à deux cylindres où il n'y a pas de gaine externe et dont le collier n'est autre que le sphincter lui-même.

C'est une tumeur cylindrique, de 5 à 9 centimètres de hauteur, souvent un peu ovoïde, présentant à sa partie inférieure un petit orifice, *arrondi*, si la tumeur est petite, *échancré en fer à cheval*, par traction du mésorectum, si la tumeur est volumineuse. — Cette tumeur est constituée par l'adossement de deux parois rectales, puisque le rectum est retourné en doigt de gant; le tissu cellulaire qui unit les tuniques est presque toujours œdémateux.

Pour peu que la tumeur descende un peu bas, elle renferme un *prolongement péritonéal*, dont Cruveilhier avait déjà signalé l'importance. Des hernies peuvent s'y faire, *hédrocèles* de Uhde (1867), entrevues déjà par Portal (1768); elles renferment le plus souvent de l'intestin. Pockels a signalé une hernie de l'ovaire.

Troisième forme. — *Invagination proprement dite.* — Anatomiquement caractérisée par l'existence d'un sillon muqueux circulaire compris entre l'anus et l'origine du cylindre moyen, cette forme constitue en réalité une variété de l'invagination commune; il s'agit d'une invagination simple de la moitié supérieure du rectum dans la partie inférieure. Cette lésion ne doit pas être confondue avec les grandes invaginations qui amènent à l'ouverture anale une portion du colon, la valvule iléo-cæcale ou même l'intestin grêle. Il ne s'agit pas non plus d'une simple chute du rectum. On trouve toujours dans la partie prolapsée deux portions: 1° une portion intra-rectale à trois cylindres, un externe, un moyen, un interne; 2° une portion extra-anale formée seulement par les cylindres moyen et interne. — Le pli supérieur, dont la surface est péritonéale, con-

stitue le collier de l'invagination; le pli inférieur est le pli muqueux.

Symptômes. — *Première forme.* — *Prolapsus de la muqueuse.* — L'affection au début n'est que momentanée; elle succède à la défécation et persiste pendant peu de temps. — Dans quelques cas l'éversion de la muqueuse n'est que partielle; dans d'autres circonstances elle est totale; dans le premier cas on voit sortir du fondement deux ou trois replis rougeâtres, mous et humides; dans le second, c'est un véritable bourrelet qui déborde l'orifice anal.

Peu à peu, le bourrelet devient moins facilement réductible; spontanément il augmente jusqu'à constituer un petit cylindre de 2 à 4 centimètres de hauteur; la surface en est plissée, molle, brillante et rougeâtre; au centre existe un orifice froncé par lequel on entre dans l'intestin; à la périphérie, le cylindre muqueux ainsi formé se continue avec la peau de l'orifice anal, dont l'orifice est élargi et le sphincter moins résistant qu'à l'état normal. — La pression amène facilement la réduction; un peu de gêne de la marche constitue à peu près le seul trouble fonctionnel à signaler.

Deuxième forme. — *Renversement de toutes les tuniques.* — *Chute du rectum.* — Peu à peu l'affection augmente; la muqueuse descend davantage, elle entraîne les autres tuniques; la chute du rectum est constituée et elle fait le tourment des malades et des chirurgiens.

On constate à l'inspection une tumeur cylindrique ou globuleuse, mesurant de 4 à 10 centimètres de hauteur, se continuant par sa base avec les téguments anaux distendus et dont les plis s'effacent de plus en plus; il existe parfois un léger sillon circulaire peu marqué et fort différent de celui de l'invagination. — La surface de la tumeur est sillonnée de plis muqueux transversaux plus ou moins indiqués et rougeâtres.

La tumeur présente un volume variable qui peut atteindre celui d'une petite pomme et même d'une orange (Gross). — Lorsque la tumeur est petite, l'orifice est circulaire ou linéaire; lorsqu'elle est volumineuse, la traction du mésorectum donne à l'orifice l'apparence d'une échancrure en fer à cheval. Cette tumeur est difficile à réduire; elle fait saillie non seulement par la défécation, mais encore par la marche, la station debout.

Il vient un moment où elle ne rentre plus; la surface s'irrite par les frottements continuels et peut s'excorier. — Le tissu sous-

muqueux s'indure, et un écoulement fétide s'effectue tant à la surface qu'à l'intérieur. — Les sphincters dilatés deviennent paresseux et l'incontinence des matières peut s'ensuivre. — Cet état amène une gêne notable dans la position assise et la marche.

Chez l'enfant l'affection reste longtemps locale, mais chez l'adulte elle retentit plus rapidement sur l'état général, détermine des troubles digestifs, un affaissement moral auquel l'insuccès des traitements les plus multipliés contribue dans une large part.

Cette marche normale est parfois modifiée par des complications plus sérieuses, sur lesquelles nous aurons à revenir.

Troisième forme. — Invagination du rectum. — L'existence d'un sillon plus ou moins profond entre le bord anal et la surface de la partie prolabée permet de reconnaître l'invagination du rectum. Limitée à cette portion de l'intestin, une semblable lésion ressemble beaucoup symptomatiquement au simple prolapsus. Dès que l'éversion porte sur une partie plus éloignée, les choses changent. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de ces prolapsus énormes où l'on peut reconnaître la valvule iléo-cæcale et même les valvules conniventes de l'intestin grêle, les phénomènes observés sont dès le début ceux de l'obstruction intestinale. Mais ces lésions ont leur place ailleurs.

Marche. — Complications. — Le prolapsus du rectum est une affection chronique de longue durée, mais sa marche est parfois modifiée par des complications diverses.

Chez la femme, le prolapsus du vagin et même la chute de la matrice peuvent accompagner le prolapsus rectal.

Le prolapsus total et l'invagination, ainsi que nous l'avons déjà dit, peuvent se compliquer d'une hernie spéciale : hédrocèle; la consistance, la sonorité, l'augmentation par la toux, le gargouillement servent à la reconnaître comme une hernie intestinale quelconque; la tumeur ainsi modifiée prend une forme globuleuse, ou celle d'une crosse à direction antéro-postérieure; l'orifice est reporté en arrière (Allingham), il regarde le sacrum.

Chez le vieillard, l'irréductibilité devient quelquefois à la longue absolue; mais dans cet état le malade souffre d'accidents plutôt gênants que dangereux. Il n'en est pas de même lorsque surviennent avec plus ou moins de brusquerie d'autres phénomènes qui sont de véritables complications : le prolapsus peut s'étrangler après une période d'irréductibilité plus ou moins longue; le sphincter joue

sans doute un rôle important comme agent de cet étranglement. La partie étranglée se gonfle, devient dure, tendue, violacée, et ne tarde pas à présenter des plaques généralement partielles de sphacèle. — On a cependant noté l'élimination complète par ce procédé de toute la partie prolabée du rectum. — Des accidents, généraux d'occlusion accompagnent cet étranglement : le ventre est ballonné, douloureux, la constipation opiniâtre, parfois même absolue, et ces phénomènes vont s'accroissant jusqu'à ce que l'élimination de la portion sphacélée se soit faite, pour diminuer ensuite progressivement. Le malade peut succomber avant que cette terminaison favorable se soit produite. — Après l'élimination il est exposé à des rétrécissements circulaires du rectum.

Diagnostic. — Le prolapsus au début, surtout s'il est partiel, peut être confondu avec des hémorroïdes procidentes; nous avons d'ailleurs indiqué, à propos de ces dernières, la possibilité de coexistence des deux lésions; les hémorroïdes procidentes sont généralement plus arrondies, moins plissées, plus tendues, plus bleuâtres.

A une période plus avancée, on pourrait songer au polype du rectum; mais celui-ci se distinguera facilement du prolapsus par l'absence de l'orifice central, sa forme ronde, sa surface framboisée, la notion du pédicule fournie par le toucher rectal. Ici encore les deux affections peuvent coexister; il est, en général, facile de faire la part qui revient à chacune.

En résumé, le diagnostic différentiel ne présente pas de difficultés; il n'est pas toujours aussi simple de reconnaître la variété à laquelle on a affaire. — Le peu de volume de la tumeur, le peu d'épaisseur des replis qui la constituent, feront assez facilement distinguer l'éversion de la muqueuse; l'épaisseur de ces mêmes parois, la longueur de la tumeur, les difficultés du traitement seront en faveur de la chute complète du rectum. Quant à l'invagination, elle se reconnaîtra facilement au sillon circulaire qui l'entoure à sa base.

Le prolapsus compliqué de hernie, ou hédrocèle, a des caractères trop nets pour passer inaperçue dans un examen un peu attentif.

Pronostic. — Chez l'enfant le pronostic n'est pas grave, l'affection guérit en général facilement; chez l'adulte, la chute complète du rectum, par sa ténacité, par les complications auxquelles elle donne lieu, doit faire porter un pronostic plus sévère.

Traitement. — Chez un sujet présentant les premiers caractères

du prolapsus rectal, le traitement sera d'abord *prophylactique*; si c'est un enfant, on recommandera de ne pas le laisser séjourner trop longtemps sur le vase; on évitera la constipation comme la diarrhée, on supprimera de bonne heure toute cause, comme un polype, pouvant amener le prolapsus; on conseillera la défécation dans la station debout ou mieux dans la position couchée: à peine sortie la tumeur sera immédiatement réduite.

Le *traitement médical* sera ensuite indiqué; chez l'enfant surtout il donne de bons résultats; applications astringentes d'alun, de ratanhia, de cachou, de vin chaud; injections hypodermiques de strychnine ou d'ergotine. — Chez l'adulte, la réduction opérée, on aura recours ou à l'introduction d'un morceau de glace en forme d'œuf (Chassaignac), ou simplement à une douche ascendante froide.

Dans le *traitement chirurgical* on se propose des objets différents: en cas de simple prolapsus de la muqueuse, *empêcher le glissement trop facile de cette dernière* sur les autres membranes de l'intestin: des cautérisations ponctuées ou longitudinales faites sur la tumeur, réussissent bien dans les cas légers; chez l'enfant, c'est un excellent moyen, déjà indiqué par Blache; on y joint au besoin la destruction d'une portion plus ou moins étendue de la muqueuse à l'aide d'une ligature, de l'écraseur ou mieux du galvano-cautère. La *destruction de toute la partie prolapsée*, par excision, ligature ou cautérisation, expose à de nombreux dangers: hémorragies, infection purulente, péritonite lorsque l'invagination contient un prolongement péritonéal, phénomènes d'obstruction intestinale, rétrécissement circulaire de l'intestin. — En présence de ces graves accidents, quelques auteurs, abandonnant le traitement direct du prolapsus, se sont appliqués à obtenir le *rétrécissement de l'orifice anal*. Dupuytren excisait dans ce but trois ou quatre plis rayonnés de l'anus; Robert enlevait un V de tissus dont le sommet répondait au coccyx et l'ouverture au pourtour de l'anus; les deux lèvres étaient ensuite rapprochées et suturées.

Mais il faut convenir que l'on n'obtient pas par ce procédé des résultats bien satisfaisants.

Dans le plus grand nombre des cas, un prolapsus un peu considérable n'est justiciable d'aucun traitement actif. Il faut s'en tenir à la *contention* au moyen d'un bandage spécial, analogue à celui que l'on met en usage dans la chute de l'utérus.

CHAPITRE VII

ULCÉRATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM.

Nous nous bornerons à rappeler: 1° les ulcérations rectales qui se développent au-dessus des rétrécissements dits syphilitiques et de bon nombre d'autres rétrécissements; 2° les ulcérations qui se font à la surface des tumeurs; 3° les ulcérations cancéreuses. Dans toutes ces affections, en effet, l'ulcération n'est qu'un accessoire qui a été ou sera décrit avec la maladie principale.

Il n'en est pas de même des lésions ulcéreuses de la rectite, de la tuberculose et de la scrofule, des maladies vénériennes; ici l'ulcération est ou peut être l'élément principal de la maladie; nous devons décrire séparément:

1° Les ulcérations simples;

2° Les ulcérations tuberculeuses;

3° Les ulcérations vénériennes et syphilitiques.

Quelle que soit sa nature, l'ulcération occupe le rectum, ou l'anus, ou le rectum et l'anus tout à la fois; les ulcérations anales siègent soit au niveau de la marge, soit dans le canal même de l'anus; la présence des plis rayonnés leur donne une apparence plissée, une forme allongée, une disposition fissurique qui est un de leurs caractères les plus fréquemment observés; cette forme fissurique s'accompagne très souvent des phénomènes douloureux qui sont le propre de la fissure proprement dite de l'anus et sur lesquels nous avons longuement insisté. Cette situation dans les plis radiés de l'anus explique encore pourquoi l'ulcération est souvent entourée d'une sorte de bourrelet qu'on retrouve dans des formes très diverses. Comme toutes les ulcérations, celles du rectum et de l'anus sont uniques ou multiples.

Le phagédénisme, dans les ulcérations rectales diathésiques ou vénériennes, est plus rare qu'on ne pourrait le penser *à priori*, étant donnés la difficulté des soins, le contact incessant de matières irritantes et l'état de malpropreté si difficile à combattre en pareil cas.