

XVIII
PROLAPSUS DU RECTUM

Définition. — La meilleure ou la moins mauvaise des définitions du prolapsus rectal est encore celle qu'en donne CRUVEILHIER dans son *Anatomie pathologique*, lorsqu'il dit : « C'est ce déplacement dans lequel l'intestin rectum s'échappe par l'anus » ; elle a du moins ce mérite d'être très large et compréhensive, et, en effet, on réunit sous le nom de *prolapsus du rectum* des affections qui sont peut-être assez voisines au point de vue anatomique, mais qui diffèrent beaucoup par leurs causes, leurs caractères cliniques et le traitement qu'elles réclament.

Anatomie pathologique : Classification. — CRUVEILHIER distinguait les quatre variétés suivantes de prolapsus du rectum :

- 1° L'invagination de la muqueuse ;
- 2° L'invagination de la partie la plus inférieure du rectum à travers l'anus ;
- 3° L'invagination de la partie supérieure du rectum dans l'inférieure ;
- 4° La précipitation à travers l'anus d'une invagination de la continuité de l'intestin.

I. L'INVAGINATION DE LA MUQUEUSE, plus ordinairement appelée aujourd'hui *prolapsus muqueux* ou *prolapsus partiel*, *prolapsus ani* des auteurs allemands, est une *éversion* de la muqueuse, un ectropion, un chémosis de cette tunique, a-t-on dit. C'est, suivant l'expression de GOSSELIN, la doublure qui dépasse l'habit. Chez le cheval cette éversion est normale à chaque défécation ; elle est pathologique chez l'homme. Elle forme un bourrelet cir-

culaire assez régulier, sauf s'il est d'origine hémorroïdaire. La muqueuse à sa base se continue avec la peau de la région anale ; l'orifice est au centre. Rarement ce bourrelet atteint de

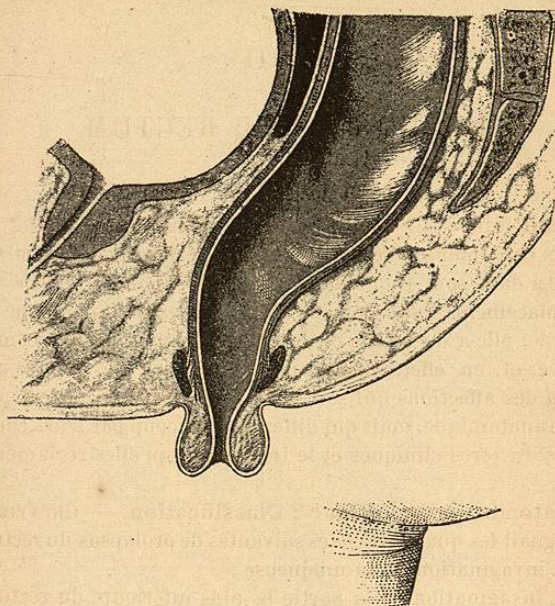


Fig. 24.

Prolapsus partiel (FAURE et RIEFFEL). — La muqueuse seule fait issue au dehors.

bien grandes dimensions : de 2 centimètres en moyenne, on en a vu de 5 à 6 centimètres et plus, mais était-ce bien des prolapsus muqueux ?

II. Le vrai PROLAPSUS DU RECTUM, total et complet, ce que les allemands appellent *prolapsus ani et recti*, correspond à la deuxième variété de CRUVEILHIER. C'est exactement le retournement de l'ampoule rectale ; toutes les tuniques de l'intestin y prennent part. Plus volumineux que la simple éversion mu-

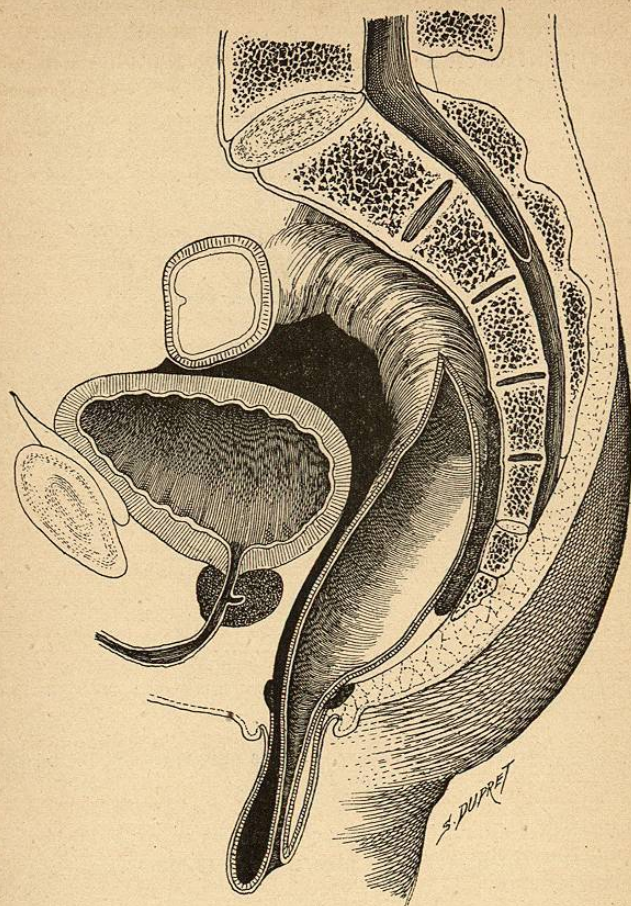


Fig. 25.
Prolapsus ano-rectal complet ou prolapsus à deux cylindres
(FAURE et RIEFFEL). Modifiée.

queuse, il a la forme d'une sorte de tronc de cône à base supé-

rieure anale, à sommet tronqué inférieur. Sa forme l'a fait comparer à une massue, à une quille ou encore à une ruche d'abeilles. Bien rarement il reste régulièrement cylindrique, conservant le même calibre à sa base comme à son extrémité. Nous verrons à quoi tiennent ces différences.

Sa longueur est de 8, 10, 12 centimètres, rarement plus ; les cas de prolapsus de 20, 25 et 30 centimètres se rapportent à des invaginations du colon.

Son orifice reporté en arrière du côté du coccyx, laisse d'ordinaire passer l'index ; il n'est pas rond, mais ovale, et souvent il est rétréci sur un des côtés par une sorte de repli valvulaire. BOECKEL avait vu que ce rétrécissement n'était pas cicatriciel comme on le prétendait et il lui attribuait une origine congénitale qui est loin d'être démontrée ; nous verrons plus loin que des travaux récents font de ce rétrécissement le repli valvulaire normal qui marque la limite supérieure de l'ampoule (pli transversal de KOHLRAUSCH) et que double le sphincter de NÉLATON.

Sa base, comme celle du prolapsus muqueux, n'est marquée par aucun sillon ; la muqueuse du segment intestinal prolabé se continue sans inflexion, directement avec la peau de l'anus.

La paroi antérieure bombe, se déplisse et forme la majeure partie de la masse.

La paroi postérieure au contraire est incurvée, rétractée, entraînant l'orifice vers le coccyx.

Voyons la disposition quand on regarde par l'abdomen. Le petit bassin paraît avoir des dimensions exagérées. Chez l'homme, après avoir attiré les anses d'intestin grêle qui remplissent le cul-de-sac de Douglas, on peut voir le plus souvent ce cul-de-sac se prolonger très bas dans la partie antérieure du prolapsus. L'ensemble constitue une véritable hernie à laquelle on donne, depuis UHDE, le nom d'hédrocèle.

Chez la femme, l'ovaire prolabé, l'utérus rétrofléchi peuvent venir s'y loger.

Le sac n'existe qu'à la partie antérieure ; en arrière, le méso s'interpose et c'est à sa résistance qu'est due la forme incurvée du prolapsus.

Il est des cas pourtant où le cul-de-sac péritonéal ne descend

pas dans le prolapsus. Voici en effet ce que dit DURET⁴ dans une

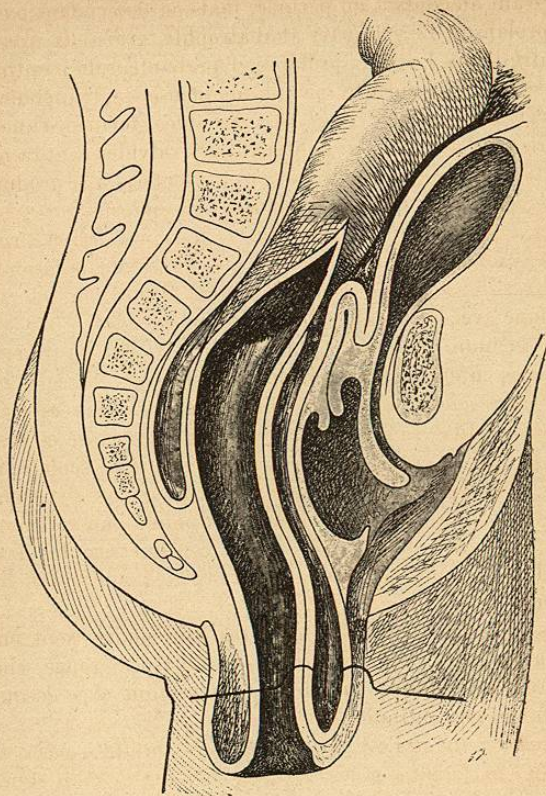


Fig. 26.

Prolapsus ano-rectal (d'après VON ESMARCH). — On voit la cavité de l'hédrocèle dont les érignes écartent les deux parois.

de ses observations: « Chez notre sujet nous avons trouvé un

⁴ DURET. Sur la pathogénie et le traitement des prolapsus rectaux. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 8 mai 1900, p. 470.

« cul-de-sac péritonéal d'une profondeur de 12 à 13 centimètres, « arrivant au contact du périnée, mais ne descendant pas dans « le prolapsus. Le sphincter anal atrophié, graisseux, admettait « quatre doigts. La masse prolabée, d'une hauteur de 8 centimètres « environ, était formée par la muqueuse de l'ampoule, très « élargie, très dilatée, très hypertrophiée, formée d'une série « de replis qui se recouvraient de larges valvules conniventes. »

Certaines lésions pathologiques ne tardent pas à se produire au niveau des parties qui prennent part au prolapsus.

La muqueuse, soumise aux contacts extérieurs, irritée, froissée, se congestionne, puis s'enflamme et présente toutes les altérations de la rectite, soit aiguë avec œdème, ulcération, etc..., soit chronique avec épaissement, sclérose.

L'épithélium cylindrique du cylindre externe se transforme par places en épithélium pavimenteux stratifié.

Les fibres musculaires sont distendues, dégénérées, ce qui explique la dilatation énorme de l'ampoule, cause et résultat tout à la fois du prolapsus. Souvent la couche musculaire devenue fibro-graisseuse est à peine visible; pourtant elle conserve toujours une certaine épaisseur en deux points: au voisinage de l'anus (sphincter interne), à 8 ou 10 centimètres plus haut en général, au sommet du prolapsus par conséquent (sphincter de Nélaton).

Dans le cylindre invaginé les fibres musculaires sont encore pâles, atrophiées, ce qui contraste avec l'aspect rouge, charnu des fibres musculaires supérieures du rectum avec lesquelles elles étaient en continuité.

La couche cellulaire est parfois très lâche, infiltrée, permettant le glissement facile sur les tissus sous-jacents, mais dans les prolapsus anciens elle est considérablement épaissie et indurée; son épaisseur peut atteindre 10, 12 millimètres et plus. On comprend que dans ces cas, le retournement de l'intestin soit absolument impossible; il n'y a d'autre traitement alors que la résection.

De plus, lorsque les tuniques sont ainsi épaissies, l'intestin qui remplissait le cul-de-sac péritonéal antérieur arrive à n'y plus pouvoir descendre. Dans l'observation de CARLIER, il exis-

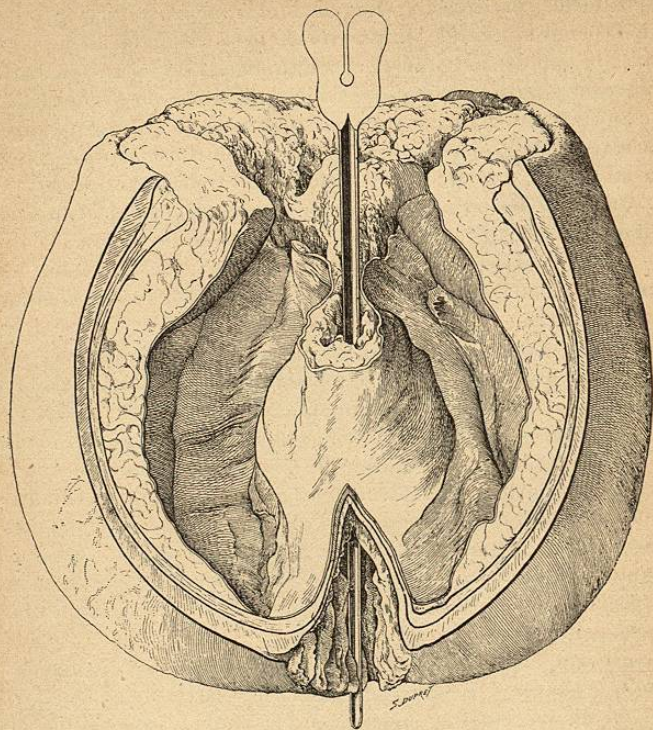


Fig. 27.

Prolapsus du rectum extirpé chirurgicalement (pièce de M. CARLIER). — C'est un prolapsus à deux cylindres : le cylindre externe ouvert sur la ligne médiane antérieure se continue avec le cylindre interne dans lequel est engagée une sonde cannelée. Au niveau du point de réflexion existe un pli de la muqueuse (valvule de Houston). Le prolapsus a été réséqué circulairement à sa base : on peut juger de l'épaississement des parois, cause de l'irréductibilité. On voit en avant la cavité de l'hédrocèle, en arrière la tranche de section du méso-côlon pelvien.

tait un large et profond cul-de-sac péritonéal qui avait dû cer-

tainement contenir autrefois de l'intestin, mais qui par suite de l'épaississement des tuniques rectales communiquait à peine avec la grande cavité péritonéale au niveau du sphincter anal. On peut se rendre compte de cette disposition sur la figure 27.

Le *méso* est épais, grasseux ; il renferme de nombreux vaisseaux artériels et veineux dont l'hémostase est parfois assez pénible à faire quand on pratique la résection du prolapsus.

Quant au *sphincter externe*, on le trouve normal et même épaissi, résistant dans ce que nous appellerons tout à l'heure les prolapsus de force ; il est au contraire flasque, distendu, dégénéré, ayant perdu toute tonicité, dans les prolapsus anciens et surtout dans les prolapsus de faiblesse.

Les *releveurs de l'anus* forment un entonnoir très allongé, qui soutient encore le rectum dans une certaine mesure, mais qui à la longue ne tarde pas, lui aussi, à se laisser distendre.

III. L'INVAGINATION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU RECTUM DANS L'INFÉRIEURE (troisième variété de CRUVEILHIER, *prolapsus recti* des Allemands), est certainement beaucoup plus rare et moins bien connue que la précédente. Beaucoup de nos classiques la confondent dans une même description que la variété suivante : c'est le *prolapsus invaginé* de GOSSELIN, l'*invagination procidente* de P. DELBET ; en réalité le prolapsus recti, affection purement rectale, et le prolapsus coli invaginati dont le point de départ est à l'S iliaque ou plus haut, doivent être distingués ; aussi avons-nous conservé la division de CRUVEILHIER.

Les figures indiquent clairement comment se constitue la variété qui nous occupe et par quelles particularités anatomiques elle se distingue des autres.

Au début, cette invagination est complètement intrarectale et ne fait pas saillie à l'anus ; c'est une invagination intestinale ordinaire à 3 cylindres. CRIPPS et J.-P. TUTTLE ont fait de ce prolapsus larvé la cause de troubles sérieux, non seulement locaux, mais aussi réflexes sur l'appareil gastro-intestinal et l'appareil génito-urinaire, troubles qui cesseraient par la remise en place du rectum.

Bientôt d'ailleurs, le cylindre interne sort par l'anus sous forme d'un boudin cylindrique ; la portion extérieure ne com-

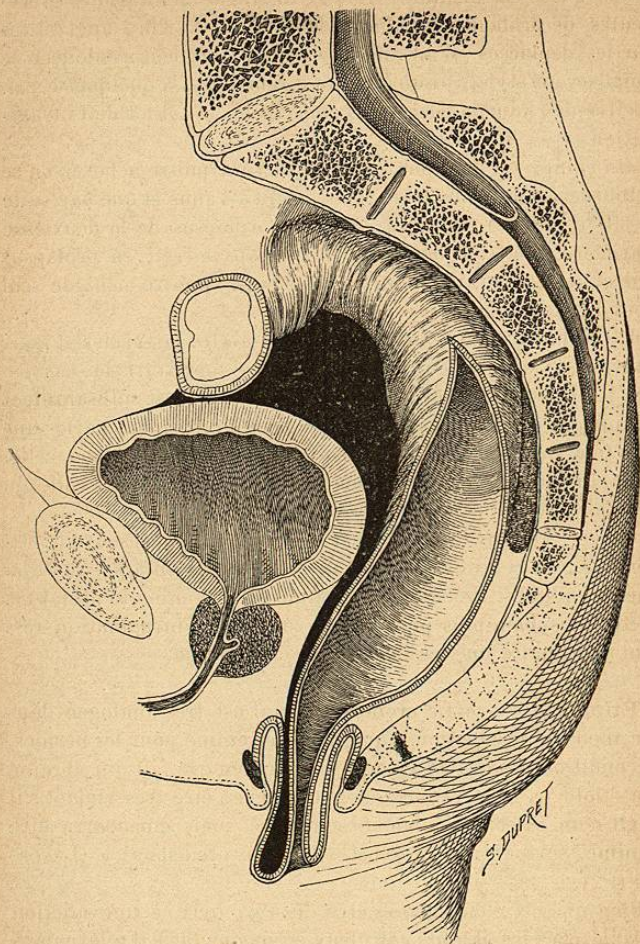


Fig. 28.
Prolapsus rectal incomplet ou prolapsus à trois cylindres
(FAURE et RIEFFEL). Modifiée.

prend que deux cylindres. Elle se distingue des variétés précédentes de prolapsus par l'existence, entre l'orifice anal et les parties déplacées, d'un sillon circulaire où peut s'enfoncer le doigt ou un stylet, jusqu'à ce qu'il rencontre, à quelques centimètres de l'anus, au fond de cette rigole, le collier de l'invagination.

On comprend que, peu à peu, le rectum puisse achever de se retourner, que le collier s'abaisse jusqu'à l'anus et que par suite le sillon s'efface; on aura alors un prolapsus de la deuxième variété. Cette transformation du prolapsus recti en prolapsus ani et recti serait un mode de développement fréquent, le seul pour LUDLOFF, du prolapsus ordinaire.

IV. Enfin la quatrième variété, c'est-à-dire la PRÉCIPITATION A TRAVERS L'ANUS D'UNE INVAGINATION DE LA CONTINUITÉ DE L'INTESTIN, le *prolapsus coli invaginati* des Allemands, est suffisamment définie par ces deux noms; ce n'est pas à proprement parler une affection du rectum et son histoire rentre plutôt dans celle, déjà étudiée, des invaginations intestinales, que dans celle du prolapsus rectal.

Observée à tous les âges, c'est une tumeur le plus souvent très étendue : 15 centimètres chez de très jeunes enfants, 25 à 50 chez les adultes. Sa base présente un sillon comme le prolapsus recti, mais bien plus profond, le collier de l'invagination restant d'ordinaire inaccessible à toute exploration.

Étiologie. — « Le prolapsus rectal est très analogue dans son mode de production à une hernie. Comme pour les hernies, la condition nécessaire à son développement, le fait qui domine son étiologie, c'est l'effort, effort qui devra être très violent s'il s'agit d'un sujet normalement constitué, mais qui pourra être minime, surtout s'il est répété, chez un prédisposé » (LENORMANT).

Bien que cet effort puisse être dû à la toux, à une miction difficile (chez les enfants calculeux en particulier), il relève dans l'immense majorité des cas de troubles de la défécation, soit qu'il s'agisse de constipation opiniâtre, soit qu'il s'agisse de diarrhée répétée avec ténésme.

Il faut d'ailleurs distinguer, au point de vue étiologique, le prolapsus des enfants et celui de l'adulte.

1° PROLAPSUS DE L'ENFANT. — Le prolapsus, d'ordinaire muqueux, parfois total, est extrêmement fréquent dans les trois ou quatre premières années de la vie, beaucoup plus qu'à toute autre période. A cet âge, il y a une prédominance très nette chez les garçons : 39 garçons contre 25 filles (LENORMANT).

HARTMANN et son élève SOULIER¹, BROCA, en France, SCHMEY, en Allemagne, ont établi que ce prolapsus infantile est en rapport avec le rachitisme des sujets qui en sont porteurs. C'est par les troubles digestifs si fréquents dont il est la cause qu'agit le rachitisme et, fait sur lequel ont insisté LUDLOW et LENORMANT, les enfants ainsi atteints sont, dans plus des trois quarts des cas, des diarrhéiques.

Ajoutez à cela la déplorable habitude de laisser trop longtemps les enfants sur le vase, pousser, pleurer et crier jusqu'à ce qu'ils aient expulsé leur muqueuse !

Ce prolapsus infantile guérit d'ordinaire, spontanément ou par des moyens hygiéniques simples, mais il n'est pas certain que la guérison soit toujours définitive et LENORMANT a relevé 25 cas dans lesquels il avait persisté jusqu'à l'âge adulte sans jamais disparaître, ou dans lesquels il s'était reproduit après quelques années de guérison apparente.

2° PROLAPSUS DE L'ADULTE. — Chez l'adulte, le prolapsus est fréquent à la période de grande activité physique et il le reste, bien qu'un peu moins, au début de la vieillesse quand les tissus commencent leur évolution sénile.

Ici encore ce sont les troubles de la défécation, et spécialement la constipation chronique, qui jouent le rôle principal.

On comprend aussi que l'existence de bourrelets hémorroïdaires, de polypes du rectum, d'un rétrécissement congénital, puisse gêner la défécation et être cause de prolapsus. Les matières repoussent ces obstacles, et, après des efforts violents et réitérés, le tout finit par être expulsé.

¹ SOULIER. *Th. de Paris*, 1897.

Les deux sexes paraissent atteints avec une fréquence sensiblement égale : dans une statistique qui ne comprend que des cas opérés chirurgicalement, LENORMANT trouve 119 hommes et 102 femmes. Si l'homme en effet est plus exposé aux efforts professionnels, chez la femme, l'accouchement, les déchirures consécutives du périnée, en détruisant le plancher pélvien, créent des causes prédisposantes qu'ont indiquées TRENDELENBURG et son élève GECK, de Ott, et que démontrent l'association souvent observée du prolapsus rectal et du prolapsus génital et la fréquence de la chute du rectum chez les grandes multipares.

Signalons encore l'influence quelquefois constatée de l'hérédité, et le fait, observé par MIKULICZ, LUDLOW, BAKES, de la fréquence du prolapsus chez les israélites russes chez qui la défécation chaque matin, même en dehors de tout besoin, est une prescription rituelle.

Nous venons d'envisager comment et dans quelles conditions agit l'effort, dans la production du prolapsus rectal ; à côté de lui, il faut faire une place non moins importante au relâchement des moyens de fixation.

Rappelons d'un mot les dispositions anatomiques. Le rectum, formé de trois tuniques solidement unies entre elles, est soutenu par le plancher périnéal (muscles du périnée, sphincter, releveur), suspendu par son méso, et maintenu pour ainsi dire par le tissu cellulo-graisseux péri-rectal. Toutes ces parties peuvent être modifiées.

a) *Tuniques rectales.* — La muqueuse enflammée glisse et se sépare de la musculaire.

La musculaire se relâche sous l'influence soit d'un état local (rectite, parésie des fibres musculaires sous-jacentes à une muqueuse enflammée), soit d'un état général (rachitisme, faiblesse générale des tissus). Ce relâchement permet la dilatation de l'ampoule, d'où son retournement plus facile.

La séreuse adhère à la tunique musculaire et la suit dans ses déplacements.

b) *Les moyens de suspension* peuvent être relâchés et permettre

la ptose du rectum comme ils permettent la ptose d'autres organes (intestin, rein, etc.).

Mais c'est à l'insuffisance des *moyens de soutien*, sphincter externe et surtout releveurs de l'anus et aponévroses sacro-rectogénitales, à l'insuffisance de tout le plancher pelvien en un mot, qu'il faut, à notre avis, faire jouer le rôle capital. C'est une loi de l'anatomie des viscères pelviens qu'ils sont « soutenus par en bas beaucoup plus que suspendus par en haut » et que leurs connexions périnéales sont leur moyen de fixité essentiel ; cette loi s'applique au rectum comme à l'utérus. Dans le cas particulier, on peut donner comme preuves de cette importance des moyens de soutien, les cas nombreux de prolapsus rectal observés chez les femmes atteintes de déchirure du périnée, après les incisions étendues de fistule ayant détruit le sphincter (cas de NÉLATON, VALLAS, REYNIER, BOIFFIN), dans les anus périnéaux ou sacrés établis après ablation du rectum cancéreux. C'est encore par l'insuffisance des moyens de soutien, par la paralysie du sphincter et des releveurs qu'on peut expliquer les *prolapsus traumatiques* observés par BELL et par HIRSCHBERG après des chutes sur la région lombo-sacrée et accompagnés d'incontinence fécale, les cas de PÉRIGNON (de Sedan) et de SCHRADER où le prolapsus existait chez des nouveau-nés porteurs de spina-bifida ; c'est encore ce mode pathogénique que nous croyons en cause chez un malade que nous avons opéré avec succès et qui était atteint en même temps de paralysie infantile.

Le *coussinet graisseux* qui entoure le rectum de toute part, le maintenant dans sa position et empêchant ses déplacements, peut disparaître par suite de l'amaigrissement. Nous n'avons pas remarqué d'une façon bien nette cette influence de l'amaigrissement mais LUDLOW¹ y insiste et lui fait jouer un certain rôle dans la pathogénie.

Mais pourquoi tous ces moyens de fixité sont-ils faibles et relâchés ? C'est ici qu'apparaît l'importance de l'état général

¹ LUDLOW. Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses. *Arch. f. Kl. Chir.*, Bd. 60, S. 717.

qui prédispose à l'atonie des éléments musculaires de l'organisme, d'où les ptoses diverses, les dilatations, les hernies.

Pathogénie. — POUR LE PROLAPSUS MUQUEUX l'explication est facile. Le tissu cellulaire sous-muqueux est lâche, surtout chez l'enfant ; il permet à la muqueuse de glisser en formant un bourrelet que les défécations exagèrent. L'effort expulse la muqueuse.

POUR LE PROLAPSUS TOTAL, deux grandes théories sont en présence : le prolapsus d'abord muqueux se ferait de bas en haut pour les uns, le prolapsus d'emblée total se ferait de haut en bas pour les autres.

¹ *Théorie du prolapsus muqueux initial.* — Le bourrelet muqueux, primitivement seul prolabé, fait obstacle aux matières et les efforts considérables de défécation chassent le tout, bol fécal et bourrelet. La muqueuse ne tarde pas à se tendre et ne peut continuer son mouvement de descente qu'en entraînant à sa suite la tunique musculaire, puis la séreuse péritonéale. C'est la théorie admise par CRUVEILHIER, ERMARCH, et qui répond bien à la réalité dans certains cas. Nous pouvons citer comme type l'observation rapportée par DURET¹.

Nous avons eu l'occasion, dit-il, en 1891, de faire avec le D^r Vallin, la dissection attentive d'un prolapsus rectal du volume du poing, chez un homme de soixante ans, mort d'une affection des voies urinaires.

La masse prolabée d'une hauteur de 8 centimètres environ, était formée par la muqueuse de l'ampoule très élargie et très hypertrophiée, le cul-de-sac péritonéal arrivait au contact du périnée, mais ne descendait pas dans le prolapsus.

C'est évidemment par ce même mécanisme que se produit la descente quand un polype à large pédicule est expulsé hors de l'anus et qu'il entraîne à sa suite la paroi sur laquelle il s'implante.

Pour FISCHL² le prolapsus serait toujours précédé par le

¹ DURET. *Journ. des Soc. médic. de Lille*, oct. 1891.

² FISCHL. *Zeitsch. f. Heilkunde*, 1889, t. IX, p. 163.

catarrhe du rectum ; il y a œdème de la sous-muqueuse et la contraction de la musculature de la muqueuse chasse cette muqueuse qui entraîne les autres parois de l'intestin.

Sans nier l'influence de l'inflammation rectale et des efforts de défécation qu'elle provoque, nous considérons, en France, ce catarrhe muqueux comme le plus souvent secondaire, non primitif et nous faisons jouer un rôle important à l'affaiblissement de la musculature du rectum.

2° *Le prolapsus se produit de haut en bas*, disent d'autres auteurs contrairement à l'opinion classique.

Pour JEANNEL¹ ce sont les moyens de fixité supérieurs du rectum (le méso-côlon et le méso-rectum) dont la faiblesse est surtout en jeu, car on peut voir disparaître par un traumatisme les sphincters inférieurs sans que le prolapsus se produise. Il emploie pour présenter sa théorie une comparaison fort ingénieuse : le rectum, dit-il, est un prisonnier enchaîné dans sa cellule ; même la porte ouverte, il ne peut sortir. Mais que la chaîne se brise, ou qu'elle s'allonge (ligaments rectaux) il suffit d'une occasion, c'est-à-dire de la porte ouverte un instant pour que le prisonnier s'échappe et la porte anale sphinctérienne sera forcée un jour ou l'autre !

De plus, JEANNEL, comme FISCHL, regarde la rectite comme « la lésion principale, primordiale dans la genèse du prolapsus », non seulement par le ténésme et les efforts incessants qu'elle détermine, mais encore parce qu'elle fait dégénérer à la fois les moyens de suspension et les moyens de soutien du rectum. D'où cette conclusion que toute tentative thérapeutique devra, sous peine d'échec, s'adresser d'abord à la rectite.

3° *Théorie de la hernie périnéale primitive.*

Dans ces derniers temps ZUCKERKANDL puis LUDLOW² ont rapporté à la *hernie périnéale primitive* la cause de tous les prolapsus du rectum.

¹ JEANNEL. Rapport sur une observation de Jeannel. Verneuil. *Bull. Acad. de Méd.*, 1889. — De la colopexie. *Gaz. des Hôp.*, 1892.

² LUDLOW. *Arch. f. Kl. Chir.*, 1899, Bd. LX.

Ceci mérite quelques explications¹. Le cul-de-sac péritonéal recto-vésical qui, dans les premières phases de la vie embryonnaire² descendait jusqu'au voisinage du périnée, constituant le canal de Douglas³, s'est replié au niveau du tiers supérieur des vésicules séminales.

Dans sa portion rectale, le péritoine est fusionné avec la paroi antérieure du rectum, formant corps avec lui, et il n'est pas possible de concevoir son déplacement sans entraînement péritonéal et réciproquement.

Or dans ce cul-de-sac vésico-rectal, dans ce ballon péritonéal, comme dit LUDLOW, que trouve-t-on ? Des anses intestinales ; que sous l'influence d'une poussée continue, d'un effort répété (constipation), de l'affaiblissement de la paroi rectale⁴, et peut-

¹ GÉRARD MARCHANT. Sur le prolapsus du rectum. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 17 avril 1900, p. 427.

² CRUVEILHIER a beaucoup insisté sur la présence du cul-de-sac péritonéal dans la partie antérieure du prolapsus vrai, dès que le prolapsus atteint un certain volume, et ce cul-de-sac abaissé est merveilleusement figuré dans une des planches de son atlas (t. II, 21^e livraison, pl. VI, fig. 3). Il ne lui répugne pas d'admettre que des anses intestinales peuvent pénétrer dans ce cul-de-sac.

GOSSELIN professait que dans tout prolapsus de cinq à six ans, il existe toujours une hémocèle, mais cette hémocèle est secondaire tandis que pour LUDLOW elle est primitive, et l'origine de tous les accidents.

³ Voici d'après WALDEYER les variations de hauteurs de ce cul-de-sac péritonéal :

Chez l'embryon mâle, il descend jusqu'à la racine de la partie membraneuse de l'urètre ; chez l'embryon femelle, sur deux tiers de la paroi vaginale postérieure.

Nouveau-né mâle, jusqu'à base de la prostate ; femelle tiers supérieur du vagin.

Adulte mâle, à 2 centimètres environ de la base de la prostate ; femelle, à 3 centimètres au-dessous de l'insertion du vagin.

Distance de l'anus : homme, 5 à 7 centimètres ; femme, 5 à 6 centimètres, variable.

⁴ Le rectum, par sa musculature et ses moyens de fixité, résiste d'abord à cette poussée qu'exagère la constipation ; mais si par l'amaigrissement disparaît le coussinet graisseux, si une diarrhée chronique a affaibli la musculature du rectum, ce sont autant de conditions favorables pour l'efficacité de la pression du ballon péritonéal. Lorsque, dans cet angle, c'est-à-dire dans ce cul-de-sac, il s'est

être d'une malformation congénitale de ce cul-de-sac, la paroi

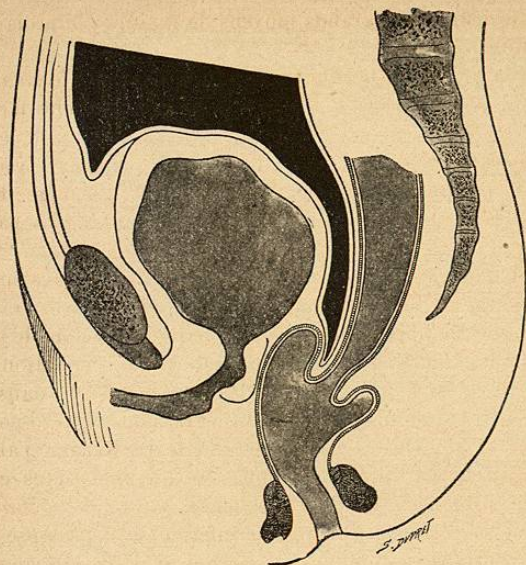


Fig. 29.

Prolapsus du rectum. Figure schématique (d'après P. DELBET) modifiée. — Le cul-de-sac péritonéal et la paroi antérieure du rectum sont refoulés dans la cavité de l'ampoule rectale. La paroi postérieure est entraînée secondairement.

antérieure soit refoulée, elle cède, s'allonge, étire ses moyens

formé une fois une *disjonction*, une *séparation*, des anses intestinales viennent se loger dans ce diverticule et elles agissent comme un coin, partie en détachant l'intestin, partie en repoussant sa paroi.

Il est facile de se rendre compte par le toucher rectal de la pression qui s'exerce à ce niveau, et, au cours d'opérations, le volet sacré permet de voir l'excursion de l'intestin dans la séreuse péritonéale.

La hernie périnéale est donc pour LUDLOW la cause essentielle de tout prolapsus. Dans le sac de cette hernie rentre la paroi antérieure de l'intestin. WALDEYER dans son anatomie du bassin, fait jouer aussi à la hernie périnéale le principal rôle.

d'union et s'invagine dans la lumière rectale. La paroi antérieure est suivie dans ce déplacement de la paroi latérale, de la paroi postérieure sans grands moyens de fixité, et le prolapsus est constitué.

LUDLOW a trouvé la hernie périnéale primitive, 8 fois sur 13 cas, et il n'est pas prouvé que dans les 5 autres cas elle n'existait pas !

Si ce mécanisme est exact, si l'hédrocèle primitive précède toujours le prolapsus en invaginant le rectum à la même hauteur, quelles sont les conséquences anatomiques d'un pareil déplacement ?

Notez bien que la réflexion du cul-de-sac péritonéal correspond presque mathématiquement au repli muqueux valvulaire du rectum doublé de fibres musculaires, que nous appelons le troisième sphincter ou sphincter de NÉLATON. Cette corrélation est constante; elle est figurée dans l'Atlas de CRUVEILHIER, dans les livres récents d'anatomie, et, sur plusieurs coupes antéro-postérieures du bassin, faites par mon ami le D^r HERBET, j'ai pu en contrôler la parfaite exactitude. — Eh bien, dans cette variété de prolapsus la plus fréquente, ce repli valvulaire descend, il se retrouve à la partie inférieure du prolapsus, il en borde l'orifice, commande sa forme ovale, et vous le retrouverez nettement sur des figures congelées empruntées au travail de LUDLOW (fig. 30).

On ne peut objecter que c'est la muqueuse seule qui descend puisque la valvule n'est pas constituée par un simple repli muqueux, qu'elle est doublée de fibres musculaires circulaires, et qu'il est facile de voir ces fibres musculaires formant le sphincter.

Les fibres musculaires, si développées chez certains sujets et notamment dans une planche de BARDELEBEN (fig. 31), ne témoignent-elles pas de l'effort que la poussée abdominale exerce et réalise au niveau du cul-de-sac vésico-rectal ?

Cette constante est une preuve d'un mécanisme toujours le même, et vient donner un sérieux appui à la théorie de LUDLOW.

Ainsi s'expliquent la *longueur* du prolapsus, sa *forme*, et la *disposition de son orifice*.