

Cette fixation je la fais en partie aux plans fibreux présacrés ou précoccygiens et en partie aux bords inférieurs des grands ligaments sacro-sciatiques, comme le conseille QUÉNU.

On peut arriver au même résultat par la technique un peu différente que GLUDINI (de Ferrare) a proposée sous le nom de *rectopexie latérale* au Congrès italien de chirurgie (1898), et qui lui a donné un beau succès : un lambeau triangulaire à sommet inférieur tronqué est relevé et découvre, avec le sommet du sacrum et du coccyx, les insertions des muscles grands fessiers et ischio-coccygiens ; ces muscles sont rejetés latéralement et on met à nu les ligaments sacrosciatiques. La partie postérieure des releveurs est sectionnée et, en se rétractant, elle laisse voir la face postérieure de l'aponévrose pelvienne ; on incise celle-ci sur une hauteur de 4 centimètres environ et on arrive enfin sur l'intestin dont on libère complètement les faces postérieure et latérales. Alors, pinçant l'une des parois latérales de l'ampoule entre l'index dans le rectum et le pouce dans la plaie, on lui imprime un mouvement de torsion en arrière aussi accentué que possible, qui l'amène dans l'incision : c'est sur cette paroi latérale qu'on place 2 ou 3 soies déterminant son plissement horizontal et dont les chefs sont ensuite passés dans les ligaments sacrosciatiques ; on traite de même l'autre face latérale et on ferme la plaie en reconstituant les divers plans qui ont été divisés.

Enfin KÖNIG a cherché à réaliser une fixation encore plus solide du rectum en passant les fils suspenseurs, au moyen d'un perforateur, dans l'épaisseur du sacrum ; il a exécuté 6 fois cette *rectopexie sacrée*, en la complétant 4 fois par une excision cunéiforme de l'anus ; il en a eu 2 récidives et 4 guérisons.

On a reproché à la rectopexie, quel que soit le procédé employé, de ne fixer que la paroi postérieure du rectum, mais notre technique actuelle ou celle de GLUDINI évite ce reproche. On lui a reproché le nombre des échecs qui serait considérable ; mais ici il faut distinguer : il y a souvent, après la rectopexie, persistance d'un léger degré de prolapsus muqueux, peu gênant et facilement curable par quelques raies de feu ou une excision muqueuse ; ce n'est donc pas une vraie récidive ; d'autre part il y a des cas malheureux, où le prolapsus total est réapparu

au bout d'un temps plus ou moins long. Le nombre de ces échecs n'est pas si considérable qu'il ne puisse être mis en comparaison avec celui des insuccès des autres méthodes : LENORMANT, en effet, réunissant des cas opérés par tous les procédés, arrive à 7 récidives sur 44 cas, soit 16,9 p. 100, et, en ne tenant compte que des opérations de rectococypexie suivant notre technique, il ne trouve que 3 récidives sur 30 cas, soit 10 p. 100.

D'autre part, la rectopexie, *opération complètement extrarectale* et, partant, échappant aux risques d'infection, a cet avantage d'être absolument bénigne, non seulement au point de vue vital, puisqu'elle n'a jamais entraîné la mort, mais encore en ce sens qu'elle ne peut amener aucun accident, aucune complication. Le pire qui puisse arriver, c'est la récidive ; l'opération n'expose « ni au rétrécissement comme la résection, ni à l'éventration comme la colopexie » (LENORMANT).

Nous croyons donc que, dans les prolapsus qui ne dépassent pas 8 à 10 centimètres chez l'enfant, 10 à 12 chez l'adulte, c'est-à-dire dans tous les *prolapsus ani et recti*, la rectopexie est une excellente opération qui doit être employée en raison de sa simplicité, de sa bénignité, du nombre et de la durée des succès qu'elle a donnés jusqu'à ce jour.

## 2<sup>o</sup> COLOPEXIE

Chez sa première malade, JEANNEL<sup>1</sup> avait affaire à un cas grave, invétéré, compliqué de rectite rebelle ; pour agir efficacement contre ce facteur auquel il fait jouer, nous l'avons vu, un rôle capital, il fixa le côlon à la paroi abdominale après avoir réduit par traction le prolapsus ; il fit sur cette anse fixée un anus artificiel, qu'il ferma plus tard. C'est la *colopexie avec ouverture de l'intestin* ou *colopexotomie*. Mais, dans le plus grand nombre de cas, on peut éviter l'infirmité que crée l'anus iliaque, même momentané, et les difficultés opératoires de sa fermeture ultérieure ; il suffit de fixer à la paroi abdominale par quelques soies non perforantes l'intestin et

<sup>1</sup> JEANNEL. *Bull. Ac. méd.*, 1889, et *Gaz. des Hôp.*, 1892.

son méso : c'est la *colopexie simple* que VERNEUIL fut le premier à pratiquer, sans succès d'ailleurs. Si la paroi abdominale, flasque et relâchée, paraissait donner peu de garanties pour une fixation solide, on imiterait l'exemple de BERG et de JEANNEL et l'on attacherait le côlon au plan résistant formé par l'arcade crurale ou le fascia iliaca. Nous n'insisterons pas sur la technique fort simple de ces opérations, non plus que sur la *colopexie lombaire* imaginée par TUFFIER et qui donna un échec à ce chirurgien.

Les résultats de la *colopexie simple* sont bons ; ils sont cependant quelque peu inférieurs à ceux de la rectococcyxopexie, mais il faut tenir compte de ce fait que certains cas concernaient des prolapsus particulièrement rebelles, ayant résisté à diverses opérations : 55 cas réunis par LENORMANT donnent 10 récurrences, soit 18,1 p. 100, et il y a des guérisons de trois ans (BERG, BOIFFIN), quatre ans (JABOULAY), cinq ans (JEANNEL), sept ans et dix ans (PONCET).

On a reproché à la colopexie d'être une opération grave et difficile, ce qui est insoutenable, car elle n'a jamais donné de mort et elle a la même bénignité que l'établissement d'un anus iliaque. On a craint que la suture consécutive du gros intestin n'amenât des accidents d'occlusion, mais ce fait n'a jamais été observé en clinique. Le seul accident consécutif est l'éventration qui a été signalée 7 fois (JEANNEL, JABOULAY, PONCET, BRYANT). On a proposé, pour éviter cette complication ennuyeuse, d'étaler le muscle droit sur la suture péritonéale (VON EISCHBERG), de dissocier les fibres des muscles larges de l'abdomen sans les couper (MEYER, KISCK), de faire une incision médiane et non latérale (EWALD, BAKES), la reconstitution de la paroi étant plus facile au niveau de la ligne blanche.

Toujours est-il que la laparotomie médiane est nettement indiquée lorsqu'il y a coexistence de prolapsus rectal et de prolapsus génital et qu'il faut faire à la fois la colopexie et l'hystéropexie : on pourra fixer les deux viscères, l'un au-dessus de l'autre à la paroi (EWALD), ou fixer l'utérus à la paroi et le côlon à l'utérus (DEFONTAINE, W. BOVÉE).

La *colopexie avec ouverture de l'intestin* n'a été pratiquée que

4 fois (JEANNEL (2 cas), RICHELLOT, BERGER) et toujours dans des cas graves. Les résultats immédiats sont parfaits, tant pour le prolapsus que pour la rectite ; mais le traitement consécutif, c'est-à-dire la fermeture de l'anus iliaque par des applications d'entérotome et une autoplastie, est long et aléatoire : à Toulouse, on le commence un mois après la colopexie et on espère pouvoir le mener à bien dans le même laps de temps ; mais jusqu'ici il a toujours fallu cinq et six mois pour obtenir un résultat complet. Il faudra, dans cette opération consécutive, éviter soigneusement d'ouvrir le péritoine, sinon on détruirait les adhérences et la récurrence serait fatale : c'est ce qui est arrivé au malade de BERGER.

#### IV. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

Que conclure de cet exposé ? « Tous les procédés et toutes les méthodes ont donné des succès, tous les procédés et toutes les méthodes ont eu des revers. C'est qu'il n'y a pas un traitement infailliable, unique, universel du prolapsus rectal, et cela parce qu'il y a des variétés diverses de prolapsus, et au point de vue clinique, et au point de vue pathogénique » (LENORMANT).

Examinons donc les principales éventualités qui peuvent se présenter en clinique : laissant de côté les prolapsus symptomatiques dans lesquels la cause, d'ordinaire accessible, crée des indications spéciales et qui le plus souvent relèvent de la résection (prolapsus des tumeurs malignes et rétrécissements du rectum), on peut se trouver en présence d'un grand prolapsus muqueux ou d'un prolapsus total, ce dernier pouvant être lui-même un prolapsus de force ou un prolapsus de faiblesse.

α. Le *prolapsus muqueux* invétéré et incurable par les moyens hygiéniques habituels peut être traité par les raies de feu, mais l'excision de la muqueuse exubérante, telle que l'ont pratiquée TRÈVES et TESSON (d'Angers), constitue une méthode plus rapide, moins douloureuse, plus sûre : elle est une opération aussi facile, et qui donnera d'aussi bons résultats que l'opération de WHITEHEAD dans la cure des hémorroïdes.

β. Le *prolapsus de force*, cette luxation extrapelvienne du

rectum, chez des sujets jeunes et vigoureux, avec intégrité du plancher pelvien, a été jusqu'à présent traitée par nous et par d'autres chirurgiens, au moyen de la rectococypexie qui a donné, dans ce cas, de très bons résultats. Si, comme nous avons tendance à le penser, c'est à ces formes surtout que s'applique la théorie pathogénique de LUDLOW, il faudrait essayer de s'adresser à la hernie péritonéale primitive et on tenterait l'opération de NAPALKOFF.

c. *Dans le prolapsus de faiblesse, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas, chez les gens âgés et les grandes multipares par exemple, la destruction du plancher pelvien crée une première indication, absolument formelle, et qu'on ne saurait négliger sans aller au-devant d'un échec certain: il faut, chez ces sujets, reconstituer un périnée solide et résistant et rendre au canal anal sa longueur, sa tonicité et son obliquité naturelles* (LENORMANT). Cette nécessité d'une bonne périnéorrhaphie est admise par tous comme un élément capital dans le traitement du prolapsus génital; pourquoi n'en serait-il pas de même dans le cas de chute du rectum ?

C'est une opération indispensable, mais nous ne croyons pas que d'ordinaire elle suffise à assurer le succès; elle néglige en effet un facteur également important qui est l'élargissement de l'ampoule rectale. On peut combattre cet élargissement soit par une rectopérinéorrhaphie antérieure et postérieure à la manière de DURET, soit par une plicature transversale et verticale, comme celle que nous faisons dans la rectococypexie; cette seconde pratique nous paraît préférable parce qu'elle a l'avantage d'agir complètement en dehors du milieu infecté du rectum. En présence donc d'un prolapsus ano-rectal de faiblesse, ne dépassant pas 10 à 12 centimètres de long, nous conseillons donc la rectococypexie avec plissement du rectum et fixation aussi latérale que possible, suivie d'une périnéorrhaphie antérieure et postérieure très soignée.

Mais si le cas paraissait mauvais, si les dimensions trop considérables de la tumeur montraient qu'elle sort des limites accessibles à la rectococypexie, si surtout il s'agissait d'une invagination procidente, il faudrait d'emblée faire la colopexie simple;

c'est encore le traitement à mettre en usage en cas d'échec de la rectococypexie. La colopexie sera, d'ailleurs, également suivie d'une réfection du périnée.

d. *Restent enfin des cas tout à fait graves et qui paraissent échapper à l'action du chirurgien.*

Tantôt ce sont des prolapsus étendus coexistant avec des ptoses multiples, génitale, rénale, etc., chez des sujets à ventre flasque, ayant ce que les Allemands appellent du diastasis des muscles droits; il faut chez ces sujets tenter de remédier au moins aux ptoses les plus gênantes, parmi lesquelles la chute du rectum; on fixera l'utérus à la paroi s'il est déplacé, on réduira le prolapsus et on fixera le colon au plan résistant de l'arcade crurale, on fera une véritable autoplastie à lambeaux du périnée.

Tantôt ce sont des accidents locaux, rectite rebelle et ulcérations, qui entretiennent le prolapsus et en aggravent le pronostic. Si le rectum a des parois très épaissies ou s'il est trop altéré pour qu'on puisse en espérer la conservation, on fera la résection d'après Mikulicz; sinon ces cas de prolapsus avec rectite trouveront dans la colopexie avec ouverture de l'intestin un traitement qu'on peut considérer comme infaillible.

#### V. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

*L'irréductibilité*, ce qu'on appelle très improprement l'étranglement du prolapsus, est au début très facile à guérir: une réduction méthodique, en commençant par les parties qui sont sorties les dernières, en s'aidant d'une grande quantité de vaseline cocaïnée (DELBER) et de la position en plan incliné, en viendra presque toujours à bout; en cas d'échec il suffirait de faire cesser par le chloroforme la contracture du sphincter.

Si l'on n'est pas intervenu et si le prolapsus non réduit est devenu le siège d'accidents de gangrène ou d'infection, on peut attendre, sous un pansement, la détente spontanée, la chute des escarres superficielles, l'ouverture des abcès. Il nous semble cependant plus certain de recourir dans ce cas à l'ablation des

parties malades par la résection à la Mikulicz qui donnera presque toujours de fort bons résultats.

Restent enfin ces accidents rares, mais très redoutables, dont nous avons parlé, qui sont des étranglements vrais ou de l'*occlusion intestinale*. Inutile d'insister sur ce qu'ils réclament une intervention d'extrême urgence. S'il s'agit d'une invagination et si l'obstacle siège au collet, on fera la laparotomie et on suivra la conduite indiquée à propos des *invaginations intestinales*. Si l'on a affaire à une hédrocèle étranglée on pourra faire la résection à la Mikulicz et, une fois le cul-de-sac péritonéal ouvert, examiner l'anse étranglée, la réduire si elle est saine, la réséquer si elle est gangrenée : c'est ce que fit BOGDANICK dans un cas où il dut réséquer 48 centimètres d'intestin. Mais on peut également faire la laparotomie et dégager par en haut l'anse enclavée dans le cul-de-sac de Douglas : LAUWERS (de Courtrai) a eu récemment un très beau succès par une opération de ce genre.

## XIX

### NÉOPLASMES DE LA RÉGION ANO-RECTALE

Les tumeurs de cette région peuvent être bénignes ou malignes. Parmi les premières, nous n'étudierons guère que les végétations, les condylomes, les polypes ; les lipomes, les angiomes, les fibromes, etc., méritent seulement d'être signalés.

De même parmi les tumeurs malignes, le cancer par son importance doit nous arrêter presque exclusivement.

#### ARTICLE PREMIER

#### TUMEURS BÉNIGNES

##### § 1. — TUMEURS BÉNIGNES DE L'ANUS

Nous avons surtout en vue ici les végétations et les condylomes. A vrai dire ce ne sont pas à proprement parler des tumeurs ; elles sont un des principaux symptômes d'un travail d'inflammation chronique dont il est parfois difficile de déterminer la cause. Mais comme, en somme, le fait principal est la production néoplasique, c'est elle surtout qu'on considère, et cliniquement végétations et condylomes sont rangés dans le groupe des tumeurs bénignes dont la région anale peut être le siège.

#### VÉGÉTATIONS

**Anatomie pathologique.** — Ce sont de petites tumeurs papillaires, plus ou moins allongées, rameuses, qui se dévelop-