

gime de selles plus régulier; de plus la mortalité opératoire n'est pas élevée.

Quand faut-il intervenir? La colotomie convient pour tous les cancers du rectum dont le doigt ne peut dépasser les limites et qui, par suite, ne sont pas opérables par les divers moyens d'exérèse, ni justiciables de la rectotomie postérieure. Dans ces conditions il faut la faire le plus tôt possible. Grâce à elle, les cancéreux sont susceptibles de reprendre une partie de leur santé et l'on a vu la survie dépasser deux ans (ARNOTT, TRÉLAT).

Traitement curatif. — L'extirpation est indiquée pour les épithéliomes de l'anus avant la période ganglionnaire, et s'ils sont mobiles, bien circonscrits; dès que le rectum est intéressé, les chances opératoires deviennent plus problématiques.

FAGET enleva une partie du rectum (1739). LISFRANC et beaucoup de chirurgiens étrangers ont conseillé et pratiqué l'extirpation de cet organe à une assez grande hauteur. L'opération est contre-indiquée toutes les fois que le néoplasme remonte au-dessus de 0^m,06 ou 0^m,07, ou encore lorsque les ganglions et les organes voisins sont envahis; seule exception doit être faite pour la cloison recto-vaginale chez la femme. Parmi les principaux procédés d'exérèse nous signalerons: 1° l'extirpation par l'instrument tranchant; 2° la ligature; 3° l'écraseur linéaire; 4° la ligature extemporanée; 5° l'anse galvanique. Nous renvoyons le lecteur aux traités de médecine opératoire pour l'exposé de leur mode d'emploi.

L'extirpation au bistouri comprend la dissection circulaire du rectum aidée par une incision verticale postérieure (LISFRANC, DENONVILLIERS); l'opération est terminée par une incision horizontale au-dessus du néoplasme, et la muqueuse est ensuite suturée à la peau. Bien que l'anse galvanique, l'écraseur, le thermo-cautère aient été substitués au bistouri, cette opération n'en expose pas moins à de redoutables accidents, tels que l'hémorragie, la cellulite pelvienne, la péritonite, la phlébite, la blessure des organes voisins. Si la réunion de la muqueuse à la peau échoue, on court le risque de voir se produire un rétrécissement annulaire; la récurrence est fréquente.

En France actuellement les chirurgiens sont peu partisans de l'intervention dans le cas de cancers du rectum. Cependant les résultats obtenus en Allemagne depuis l'emploi de la méthode antiseptique paraissent si avantageux, qu'il ne faut peut-être pas condamner l'intervention aussi radicalement que le veut TRÉLAT. MARCHAND trouvait, en 1873, une mortalité d'un quart; avant 1877, les décès en Allemagne oscillaient entre 40 et 50 p. 100; peu à peu la léthalité est descendue à 20 p. 100 (KOCHER, ESMARCH) et même 4 p. 100 (CZERNY); néanmoins sur vingt-cinq extirpations pratiquées par ce dernier chirurgien, quatorze fois (44 p. 100) le péritoine a été ouvert; six fois on l'a suturé et sur les cinq fois où on le laissa ouvert, une seule malade mourut de péritonite septique. Au congrès de Copenhague (1884), VOLKMANN s'est déclaré hautement partisan de l'extirpation dont les dangers ont beaucoup diminué; il pense que cette opération aura le sort de l'ovariotomie et reprendra un jour le rang qu'on lui dispute encore aujourd'hui.

CHAPITRE VI

PROLAPSUS DU RECTUM

Bibliographie. — SABATIER, *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. V, 1774. — DUPUYTREN, *Clin. chir.*, t. IV, p. 149. — CHASSAIGNAC, *Gaz. des Hôp.*, 1848. — DEMARQUAY, *Revue de thérap. méd. chir.*, 1855, p. 24. — UHDE, *Arch. de Langenbeck*, 1867, t. IX. — GUERSANT, *Chirurgie des enfants*. — BÖCKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, n° 89. — VIDAL, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2^e série, t. IX, n° 5. Thèses de Paris. — 1835, LEPELLETIER. — 1872, BOUTIÉ. — 1880, DÉTOURBE. — 1882, JETTE.

Le prolapsus ou chute du rectum est un accident qui présente d'assez nombreuses variétés; dans les cas les plus simples, la muqueuse fait seule hernie à travers l'orifice tandis que dans d'autres le rectum avec ses trois tuniques s'échappe à travers l'anus. A la première forme les auteurs donnent le nom de *prolapsus partiel*, par opposition au *prolapsus complet* ou *invaginé* qui sert à désigner la seconde. Quoique ces deux affections soient anatomiquement bien distinctes, nous croyons devoir les confondre dans une même description en raison de la ressemblance de leurs symptômes.

Étiologie. — Assez commun aux deux âges extrêmes de la vie, le prolapsus rectal se rencontre plus rarement chez l'adulte; sur quatre mille (4000) affections du rectum, ALLINGHAM en relève cinquante-trois (53) observations. Parmi les causes que l'on a invoquées pour expliquer sa production chez l'enfant, les unes tiennent à l'état général, à la débilité, aux diarrhées, à la convalescence des pyrexies graves; localement toutes les circonstances qui ont pour effet d'amener l'atonie du sphincter prédisposent à la chute du rectum; GIRALDÈS faisait intervenir la laxité très marquée à cet âge du tissu cellulaire sous-muqueux et la direction verticale du rectum. D'autres influences ont moins d'importance, telles sont la présence des tumeurs de l'ampoule rectale, des polypes, des ascarides qui produisent le gonflement de la muqueuse et le ténésme: notons en outre le séjour prolongé sur les vases pendant les garde-robes, l'influence d'un phimosis adhérent, etc. Enfin E. BÖCKEL a constaté l'existence d'un rétrécissement congénital à la jonction de l'S iliaque et du rectum; les contractions intestinales et les matières pousseraient au dehors l'anneau constricteur et les parties sous-jacentes du rectum.

A l'âge adulte les mêmes influences agissent encore; mais il faut y ajouter la constipation opiniâtre, la dysenterie chronique, la paresse du sphincter, l'abus des lavements et des drastiques, l'existence d'hémorroïdes procidentes, les affections vésicales et prostatiques, l'influence de l'équitation, de la pédérastie. Signalons encore chez la femme, les affections utérines, les grossesses répétées. Quant à la chute du rectum chez le vieillard, elle résulte souvent de

l'atonie progressive des sphincters aidée par des alternatives de constipation et de débâcles.

Anatomie pathologique. — Les lésions diffèrent dans les deux variétés; le bourrelet formé par le prolapsus léger est uniquement constitué par la muqueuse; telle est du moins l'opinion de la majorité des auteurs. Sous l'influence des contractions intestinales et de la mise en jeu des forces qui concourent à la défécation, le bol fécal chasse devant lui la muqueuse et l'entraîne au de-

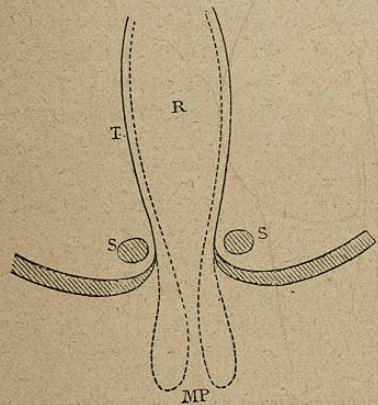


Fig. 61. — Prolapsus rectal, la muqueuse seule est invaginée (figure schématique).
R, rectum, — MP, muqueuse prolapsée, — S, sphincter, — T, tuniques externes de l'intestin.

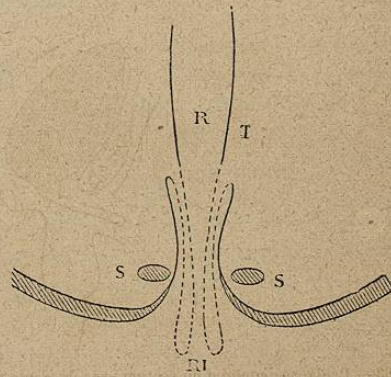


Fig. 62. — Schéma d'un prolapsus complet.
R, rectum, — RI, rectum invaginé,
S, sphincter, — T, tuniques intestinales.

hors. Borné au début aux portions les plus inférieures de la muqueuse rectale, le décollement s'étend insensiblement de bas en haut. D'abord spontanément réductible, le prolapsus, en s'accroissant, ne reprend plus aussi facilement droit de domicile et peut même devenir irréductible. La portion herniée atteint parfois 8 ou 10 centimètres de longueur (fig. 61).

Le prolapsus complet est dû à l'invagination de toutes les tuniques du rectum qui se replient en doigt de gant de manière à former un cylindre double; un coup d'œil jeté sur la figure 62 fera comprendre les dispositions du rectum prolapsé. Dans les cas ordinaires la portion herniée est constituée par deux cylindres concentriques, tandis que dans le rectum il y en a trois; au niveau de l'anus il existe alors un sillon circulaire dont la hauteur est variable. On conçoit que, dans certaines circonstances, cette portion interne du prolapsus fasse défaut, dès lors la rainure circulaire manque. Ce serait à cette dernière variété qu'il conviendrait de rapporter le prolapsus consécutif aux rétrécissements congénitaux admis par E. BÆCKEL; ce chirurgien a en effet constaté un rétrécissement au niveau de l'orifice situé au sommet du cylindre. Le péritoine est-il entraîné avec le rectum invaginé; existe-t-il un cul-de-sac péritonéal entre les deux cylindres herniés? Aucun fait n'a donné la certitude de sa présence; mais les auteurs penchent pour l'affirmative et font ressortir

les dangers auxquels cette éventualité expose lorsqu'on se résout une thérapeutique active (fig. 63).

Symptômes. — Suivant les circonstances le prolapsus de la muqueuse présente un aspect variable; dans les cas légers on constate après une selle l'existence d'un bourrelet arrondi, constitué par quelques gros replis muqueux, boursoufflés, rouges, veloutés. A un degré plus avancé le bourrelet intéresse

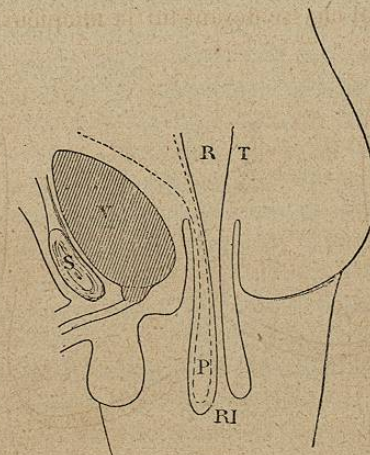


Fig. 63. — Prolapsus complet du rectum avec descente du péritoine dans le cul-de-sac antérieur (fig. schématique).
R, rectum, — T, tuniques intestinales. — RI, rectum invaginé. — P, péritoine dans le cul-de-sac antérieur. — V, Vessie.

toute la circonférence et l'orifice occupe la partie inférieure de la tumeur globuleuse, renflée à sa partie moyenne, avec des plis circulaires, parallèles, rouge foncé, recouverts de mucosités et de matières fécales en cas de diarrhée. L'anus se trouve naturellement dilaté par cette masse et il n'y a pas de rainure circulaire entre lui et la tumeur.

Lorsque, par suite de l'atonie progressive du sphincter, le prolapsus, au lieu d'être temporaire et spontanément réductible, persiste, la muqueuse perd son intégrité; elle devient rouge violacé, enflammée, suppure ou s'ulcère.

La symptomatologie du prolapsus complet offre plus d'une analogie avec la précédente; cependant cette affection survient de préférence chez l'adulte et le vieillard, tandis que la première est très fréquente chez les petits enfants. Globuleux tant qu'il reste peu prononcé, le prolapsus invaginé devient cylindrique s'il a une plus grande longueur; on l'a vu en pareil cas acquérir les dimensions de 0^m,15 et même 0^m,20. La surface constituée par la muqueuse conserve encore sa couleur rouge sombre, les plis transversaux et même les ulcérations. L'orifice qui occupe le sommet est tantôt arrondi, tantôt linéaire, ou en fer à cheval; habituellement inférieur, il est parfois dirigé en arrière, disposition que CURLING attribue à l'existence d'un repli péritonéal à la partie antérieure dans l'interstice qui sépare les cylindres invaginés. Le stylet pénètre, mais non constamment, dans une sorte de sillon qui sépare l'anus du rectum prolapsé.

Au début le prolapsus constitue seulement une infirmité légère, parce que l'intestin rentre spontanément; puis, à mesure que l'affection s'accroît, la rentrée est plus pénible, le malade ou les parents, s'il s'agit d'un enfant, sont obligés de repousser la tumeur avec la main pour la réduire. Ce ne sont pas les seuls inconvénients du prolapsus; si la réduction de la portion herniée est généralement simple, la contention offre parfois des difficultés, surtout chez les vieillards dont les sphincters sont débilités par l'âge et paresseux.

Aussi tout effort devient-il impossible, la marche elle-même expose à l'issue de l'intestin. D'ailleurs les troubles fonctionnels contribuent encore à la gravité du mal; la défécation est défectueuse et le sujet éprouve des tiraillements douloureux dans les reins et dans les membres inférieurs; l'irritation vésicale et la rétention d'urine ne sont pas rares. Si l'intestin est resté prolapsé pendant un temps suffisamment long, les ulcérations superficielles continuent à suppurer après la réduction, et le passage des matières fécales détermine des pertes de sang. On conçoit dès lors que cette affection épuise les forces; la mort, dans le cas de prolapsus invaginé, peut être la conséquence des troubles digestifs consécutifs ou de quelqu'une des complications que nous allons passer en revue.

Complications. — La procidence du rectum exerce souvent une influence fâcheuse sur les organes du voisinage qui se trouvent tirailés, déviés et même partiellement entraînés (utérus). De même, la stase veineuse des plexus veineux explique la fréquence des bourrelets hémorroïdaires chez ces malades. Il est une autre complication étudiée par UHDE, sous le nom d'*hédrocèle*, sur laquelle nous appellerons l'attention; c'est la présence d'anses intestinales dans le cul-de-sac antérieur, dans le prolongement péritonéal qui sépare les deux cylindres; on y a trouvé l'ovaire lui-même. La tumeur herniée prend la forme globuleuse ou en crosse, l'orifice rectal est alors tourné en arrière, la masse augmente par la toux et présente du gargouillement au moment de la réduction. ALLINGHAM aurait observé sept fois cette complication exclusivement sur des vieillards. Cette variété de hernie serait susceptible de s'engouer et de s'étrangler; DIFFENBACH, UHDE conseillent avec raison de débrider le collet ou le périnée si la hernie ne peut se réduire.

Le prolapsus du rectum expose à des complications d'une autre nature; d'abord l'inflammation de la partie prolapsée en se propageant au péritoine ou aux veines peut engendrer la péritonite, la phlébite et la pyohémie. D'autre part la circulation de retour se fait mal dans le prolapsus qui n'est pas réduit et si le sphincter n'a pas perdu sa puissance comme chez l'adulte, la partie court le risque de s'étrangler. De là les phénomènes généraux de l'étranglement, le gonflement de la tumeur, la gangrène partielle, les hémorragies à la chute des escarres. La mortification de la portion prolapsée est une complication grave qui se termine fatalement par la mort si le péritoine a été intéressé. Si l'escarre se borne aux parties superficielles, il en résultera une plaie après la réduction du prolapsus et la détersion; le prolapsus se trouve parfois guéri définitivement, mais au prix d'un rétrécissement cicatriciel.

Diagnostic. — Nous avons déjà dit en parlant des polypes que leur pédicule pouvait entraîner la muqueuse en procidence; celle-ci reste partielle,

tandis qu'elle est complète et circulaire dans le prolapsus vrai. Les hémorroïdes internes procidentes forment un bourrelet bleuâtre, turgescant, saignant et procédant par accès; un examen attentif permettra toujours de distinguer ces deux affections. Chez l'enfant, le doute n'est guère possible et la plupart des mères ne consultent même pas le chirurgien pour une petite infirmité qu'elles savent reconnaître et traiter.

Le diagnostic de l'invagination intestinale semble un peu plus difficile à établir. En général elle se produit subitement et son apparition a été précédée de nausées, de vomissements et de coliques; la tumeur offre un volume supérieur à celui du prolapsus partiel; de plus, la présence d'une rainure circulaire entre l'anus et la tumeur constitue un bon signe différentiel lorsqu'il existe. Il importerait beaucoup au chirurgien de savoir s'il y avait un cul-de-sac péritonéal; malheureusement c'est un problème insoluble, à moins que le gargouillement ne décèle la descente des anses intestinales.

Pronostic. — Le prolapsus partiel offre bien moins de gravité que l'invagination; curable, surtout chez l'enfant, il n'expose pas aux mêmes complications. Chez l'adulte et le vieillard le prolapsus total constitue une infirmité de mauvais augure; les ulcérations, la suppuration, l'étranglement ne sont pas rares et la persistance de l'affection contribue à l'épuisement. Enfin le traitement ne saurait être considéré comme inoffensif.

Traitement. — Il est prophylactique, médical ou chirurgical.

1° *Traitement prophylactique.* — Afin d'éviter le prolapsus partiel, il est recommandé de ne pas laisser les enfants longtemps assis sur le vase et de rentrer la muqueuse par pression dès qu'elle a une tendance à sortir. Chez l'adulte on conseille d'aller à la selle debout, à genoux et surtout au moment de se coucher, pour empêcher l'intestin de sortir après les selles. Pendant la défécation, le malade peut, dans une certaine mesure, s'opposer à l'issue du rectum en soutenant les bords de l'anus entre l'index et le médium écartés ou en pinçant un pli cutané à la circonférence de cet orifice.

2° *Traitement médical.* — Le prolapsus partiel étant étroitement lié à la débilité de l'organisme, qu'il s'agisse d'enfants ou de vieillards, l'indication d'un traitement reconstituant s'impose; aux préceptes d'une bonne hygiène, on ajoutera l'emploi du fer, de l'huile de morue, du quinquina, des toniques, etc.; en outre le chirurgien combattra par des traitements appropriés la constipation et la diarrhée.

3° *Traitement chirurgical.* — Nous étudierons successivement le traitement palliatif et le traitement curatif. Le premier comprend: 1° la réduction du prolapsus; 2° la contention après la réduction. Quand la procidence est récente, quand il s'agit d'un enfant, la réduction ne présente ordinairement aucune difficulté; il suffit de pratiquer le taxis pendant quelques instants avec un linge fin en poussant le doigt dans l'orifice de bas en haut. LEPELLETIER conseillait lorsque la tumeur a une longueur plus grande de refouler l'intestin invaginé avec une longue canule terminée par un renflement bulbeux, et récemment E. BÆCKEL a repris la même idée. Si l'intestin hernié depuis un certain temps s'est boursoufflé ou s'il s'agit d'un adulte dont le sphincter n'est pas relâché, on essaiera une compression en masse, l'application de

compresses froides (GIRALDÈS) avant le taxis. A cet effet le patient est placé dans le décubitus dorsal ou genu-cubital (ASHTON). Si ces divers moyens échouaient il serait indiqué, après anesthésie, de débrider le sphincter; mais en règle générale, on ne doit employer ce moyen que dans les cas d'absolue nécessité parce que cette opération n'est pas complètement inoffensive (abcès du foie).

Les sangsues, les scarifications, l'électrisation sont des moyens infidèles et parfois dangereux.

Contention. — La réduction étant obtenue, il faut s'opposer à une nouvelle procidence, c'est-à-dire maintenir la réduction. Après avoir mis le malade au lit, il sera bon de lui appliquer un bandage légèrement compressif; on aura également recours aux astringents (alun, tannin, ratanhia, sels de fer, soit en injections, soit en suppositoires). Les bains froids, les bains de siège, les bains de mer conviennent alors; la glace, bien qu'elle agisse efficacement, provoque de la douleur, expose à la mortification. Les préparations de strychnine jouissent d'une assez grande faveur. SCHWARTZE emploie la noix vomique à l'intérieur; DUCHAUSSOY préconise la méthode endermique au moyen d'un vésicatoire; DOLBEAU et FOUCHER l'injection hypodermique de deux ou trois gouttes d'une solution de sulfate de strychnine au millième. VIDAL a remplacé la strychnine par l'ergotine; les résultats obtenus par ces traitements sont bons, mais temporaires; l'ergotine agirait en rendant leur tonicité aux sphincters et aux muscles du périnée (quinze à vingt gouttes de la solution d'ergotine Bonjean au sixième).

Enfin depuis longtemps les chirurgiens ont cherché à réaliser un système de bandage propre à contenir le rectum après sa réduction. BOYER avait imaginé des pelotes molles soutenues par des bretelles auxquelles on a substitué des coussins à air ou en caoutchouc, des pelotes en gomme ou en ivoire. D'autres praticiens, dans le but de provoquer les contractions du sphincter et de maintenir en même temps la réduction, ont eu l'idée d'introduire dans le rectum des vessies, des pessaires que l'on insuffle. Une simple mèche de charpie réussit aussi bien. Mentionnons seulement pour mémoire la galvano-puncture (DEMARQUAY) et l'électro-puncture (GOSSELIN), procédés douloureux, lents et incertains.

Traitement curatif. 1° *Destruction de la tumeur.* — *Excision.* — Ce moyen radical consiste à retrancher toute la partie procidente; RICORD l'a conseillée en 1833. De même que le sphacèle de la tumeur dont elle n'est qu'une imitation, l'excision expose aux hémorragies, aux abcès, à la pyohémie. MALGAIGNE limitait l'excision aux replis muqueux dans le but de produire un rétrécissement. HEY et GIRALDÈS enlevaient un pli circulaire péri-anal après réduction.

La *cautérisation* au fer rouge, vieille méthode; prédispose aux rétrécissements. Lorsque la chute est persistante, la ligature en masse pour en amener la mortification a été tentée. Bien qu'on ait perfectionné ce procédé par l'emploi des ligatures caustiques, des pincettes porte-caustique, de l'entérotome et surtout de l'écraseur linéaire, il n'en reste pas moins passible de reproches sérieux; il est toujours grave de réduire un intestin à demi-gangrené; d'autre

part l'ouverture du cul-de-sac péritonéal dont l'existence ne peut être exactement déterminée met la vie du malade en danger.

2° *Procédés qui ont pour but d'établir des adhérences entre la muqueuse et la musculuse.* — Jadis, pour réaliser cette indication dans le traitement du prolapsus de la muqueuse, on avait recours à la cautérisation au fer rouge et l'on pratiquait avec un cautère cutellaire des raies longitudinales; le thermo-cautère sera avantageusement substitué à ces moyens anciens. VAN BUREN préconise les cautérisations ponctuées dans le même but; ALLINGHAM s'est servi du clamp pour saisir les replis de la muqueuse et les cautériser ensuite. Au cautère actuel, effrayant pour les personnes pusillanimes, nombre de chirurgiens préfèrent les caustiques chimiques, surtout chez les enfants. L'acide nitrique a été employé de diverses façons. ARCHIN fait des cautérisations linéaires; DELENS touche la muqueuse avec un pinceau puis pratique le tamponnement et prescrit les opiacés afin d'empêcher le contact des matières. L'acide nitrique fumant peut être remplacé par le nitrate acide de mercure; il faut prendre garde de cautériser le sphincter anal et huiler l'intestin avant de le réduire.

3° *Production d'un rétrécissement du sphincter anal.* — Pour obvier au défaut de tonicité du sphincter et par suite empêcher l'issue facile de l'intestin, divers procédés ont été imaginés. Autrefois on enfonçait un cautère en roseau dans l'anus de manière à déterminer une escarre circulaire peu profonde. GUERSANT préfère appliquer quatre boutons de feu en croix autour de l'orifice. DUPUYTREN excisait quelques-uns des plis rayonnés dans toute leur hauteur jusqu'à la muqueuse. Ce procédé ainsi que celui de ROBERT, qui consiste à exciser la partie postérieure du sphincter anal, comptent un certain nombre de succès; mais ils ne sont pas inoffensifs et plus d'une fois des hémorragies, des érysipèles et des phlegmons en ont été la conséquence.

CHAPITRE VII

RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

- Bibliographie.** — BÉRARD et MASLIEURAT-LAGÉMAR, *Gaz. méd. de Paris*, 1829, p. 145. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1854. — MURON, *Gaz. méd.* 1873. — FOURNIER, *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris, 1875, et *France méd.*, 1874. — VERNEUIL, *Journ. des conn. méd. et chir.*, 1859. — FOLLIN, *Gaz. des Hôp.*, 1859, p. 55. — DESPRÈS, *Arch. gén. de méd.*, 1868. — GUÉRIN, VERNEUIL, LE FORT, etc. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, *Discussion.* — DE SANTI, *Revue méd. de Toulouse*, 1878. — TRÉLAT, *Progrès méd.*, 1878. — REYNIER, *Gaz. heb.*, 1878. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1878. — HAHN, *Arch. de Langenbeck*, t. XXIX, 1883, p. 395. Thèses de Paris. — 1834, COSTALLAT. — 1835, TANCHOU. — 1855, PERREL. — 1868, DORNIER (Strasbourg). — 1869, LE GLOHAEC. — 1872, SIROT. — 1873, GODEBERT, PINGUET. — 1877, GARSAX, FÉVRIER. — 1882, MONNOT.