

III

DÉPLACEMENTS — PROLAPSUS DU RECTUM

Cruveilhier a défini le prolapsus « un déplacement dans lequel le rectum s'échappe par l'anus ». Cette définition n'est pas parfaite ; je n'en chercherai cependant pas de meilleure, car sous ce nom de prolapsus, qui a surtout une valeur clinique, on comprend trois affections, qui ont certes de nombreux points communs, mais qui diffèrent cependant au point de vue anatomique. C'est ce que nous allons voir.

Anatomie pathologique.

— Les trois variétés qu'il convient à mon avis de distinguer sont le *prolapsus muqueux*, le *prolapsus complet* et l'*invagination procidente*.

1° Prolapsus muqueux.

— La muqueuse seule fait saillie hors de l'anus (Voy. fig. 51). Comme une doublure trop lâche, elle est entraînée par le bol fécal. Dans la race équine, le prolapsus de la muqueuse se produit normalement à chaque défécation pour se réduire immédiatement

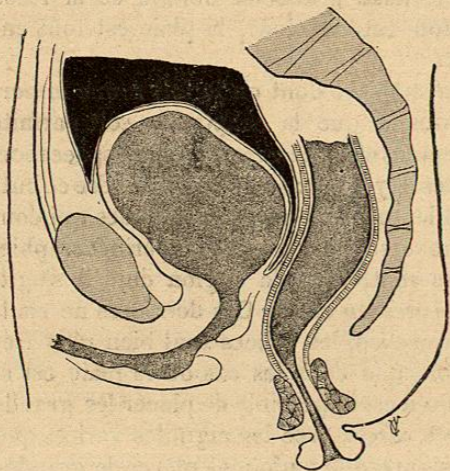


Fig. 51.

et spontanément. Dans l'espèce humaine, le prolapsus de la muqueuse est toujours pathologique.

La tumeur formée par le prolapsus de la muqueuse, ou prolapsus partiel, n'est jamais considérable. Elle ne dépasse pas 3 ou 4 centimètres de longueur et n'en a le plus souvent guère plus de deux.

Quelquefois, surtout quand il est dû à des hémorroïdes, le prolapsus ne porte que sur une partie de la circonférence anale, mais en général il est régulièrement circulaire. La tumeur se présente sous forme d'un bourrelet qui, au niveau de l'orifice anal, se continue directement avec la peau. Son épaisseur n'est pas considérable, car elle est simplement formée de deux feuillets muqueux séparés par une mince couche de tissu cellulaire.

2° Prolapsus complet. — La constitution de la tumeur est ici bien différente. Ce n'est plus seulement la muqueuse qui fait prolapsus, c'est toute l'épaisseur du rectum, muqueuses celluleuse et muscu-

leuse. Son épaisseur est donc bien plus considérable. Elle est formée de deux cylindres adossés (voy. fig. 52), et chacun de ces cylindres comprend les trois tuniques du rectum. La muqueuse revêt la face externe du cylindre externe et la face interne du cylindre interne. En dehors, au niveau de la racine de la tumeur, elle se continue directement avec la peau. Boyer croyait que cette continuation directe avec la peau n'existait que dans le prolapsus muqueux. Pour lui, quand le prolapsus était complet, il devait toujours y avoir un sillon entre la racine de la tumeur et l'orifice anal. Cruveilhier a fait justice de cette erreur, qui tenait à ce qu'on n'avait pas suffisamment distingué le prolapsus complet de l'invagination procidente.

A la partie inférieure de la tumeur, la muqueuse, en se réfléchissant pour passer du cylindre externe au cylindre interne, circonscrit un orifice qui est celui de l'intestin. La musculature du cylindre externe est adossée à la musculature du cylindre interne. Entre les deux on ne trouve que du tissu cellulaire lorsque le prolapsus est petit. Mais quand la tumeur dépasse 5 à 6 centimètres de long, la disposition change.

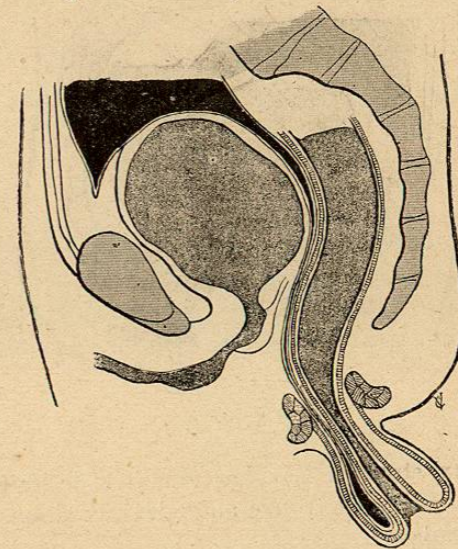


Fig. 52.

En avant, entre les deux cylindres antérieurs, le péritoine, qui adhère intimement à la musculature, est entraîné et forme un cul-de-sac plus ou moins profond (Voy. fig. 52). Ce cul-de-sac communique naturellement avec la grande cavité séreuse dont il forme un diverticule. Aussi les anses intestinales, l'épiploon, l'ovaire, peuvent-ils s'y engager comme dans un sac herniaire. Il se forme alors une véritable hernie d'un genre particulier, auquel Uhde a donné le nom d'*hédrocèle*.

En arrière, il ne peut y avoir de péritoine dans la tumeur, puisqu'il n'y en a pas sur la face postérieure de l'intestin. C'est le méso-rectum qui est entraîné et s'interpose entre les musculatures des deux demi-cylindres postérieurs. On comprend que la résistance de ce méso-détermine des tiraillements qui incurvent la tumeur en arrière. Cette incurvation est encore plus considérable quand des anses intestinales distendent l'hédrocèle et font bomber la moitié antérieure du prolapsus.

On peut se rendre compte de l'aspect des lésions vues par l'abdomen ouvert. Ce qui frappe le plus c'est la profondeur du cul-de-sac recto-vésical, ou recto-utérin suivant le sexe. Si on y introduit le doigt, on constate qu'il descend au-dessous de l'anus entre les deux demi-cylindres antérieurs du prolapsus.

Par la dissection, on peut constater que le sphincter reste en place ; il est seulement étalé ; le releveur de l'anus est étiré. Dans la relation de l'autopsie qu'il a faite, Masson (1) dit : « Il avait conservé une notable épaisseur, mais il était allongé et l'infundibulum qu'il forme autour du rectum était beaucoup plus profond qu'à l'état normal. »

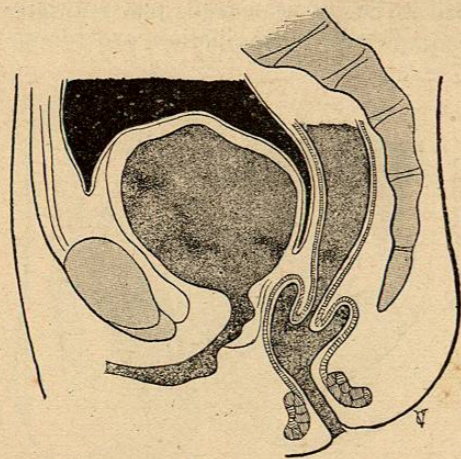


Fig. 53.

On comprend que la muqueuse extériorisée, exposée à toute espèce de frottement, s'altère ; les lésions qu'elle présente sont des lésions de rectite chronique. Tantôt elle est rouge turgescence, congestionnée, œdémateuse, avec des ulcérations par place. Tantôt, au contraire, elle est épaissie et pachydermisée. L'épithélium, de cylindrique est devenu pavimenteux stratifié. Les deux variétés de lésions peuvent d'ailleurs être associées. On trouve alors des ulcérations à côté de plaques pachydermiques.

Lorsque le prolapsus est réduit, on peut constater que l'ampoule du rectum est plus large qu'à l'état normal.

3 *Invagination procidente.* — Je désigne sous ce terme ce que Gosselin avait appelé le prolapsus invaginé. L'expression de Gosselin me paraît vicieuse en ceci qu'elle tend à faire croire que le prolapsus est primitif et l'invagination secondaire, alors qu'en réalité c'est le contraire qui se produit.

Le premier phénomène est une invagination du rectum (Voy. fig. 53) et il est de toute évidence que dans la première phase de la lésion, la portion invaginée reste au-dessus de l'anus. Puis l'invagination, s'accroissant par glissement des deux cylindres internes, finit par passer au travers de l'anus ; elle devient procidente. Voilà pourquoi le terme le plus propre à désigner cette affection me paraît être celui d'invagination procidente.

(1) MASSON, Thèse de Paris, juillet 1894, p. 21.

Lorsque la lésion est complètement constituée, les choses sont disposées de la façon suivante. L'anus et la partie inférieure du rectum, sur une étendue plus ou moins considérable, sont en place. Les deux cylindres invaginés traversent cette portion dont les rapports n'ont pas changé, pour faire saillie hors de l'anus. Au-dessus de l'anus, il y a donc trois cylindres emboîtés les uns dans les autres, tandis qu'au-dessous il n'y en a que deux (fig. 54).

Le cylindre externe, c'est-à-dire la partie du rectum restée en place, et le cylindre moyen sont adossés par leur face muqueuse. Le cylindre moyen et le cylindre interne sont adossés par leur face séreuse dans leurs trois quarts antérieurs. En arrière se trouve entre eux le méso-rectum.

La continuité des cylindres est facile à suivre sur la figure 54. Le cylindre externe (portion du rectum restée en place) s'incurve de haut en bas pour former le cylindre moyen. Au niveau de la réflexion se trouve naturellement un pli circulaire. C'est ce pli circulaire qui constitue le *collier*. On sait que dans les invaginations ordinaires le collier peut devenir un agent d'étranglement. Cela arrive rarement dans les invaginations du rectum. Entre le cylindre externe et le cylindre moyen, c'est-à-dire entre l'anus et la tumeur procidente, existe un sillon dans lequel on peut engager le doigt. Ce sillon est caractéristique de cette variété de prolapsus. Il est plus ou moins profond suivant les cas. En général le doigt en atteint facilement le fond. Mais si c'est la portion supérieure du rectum qui s'est invaginée, le collier est situé très haut. Il est plus haut encore et tout à fait inaccessible lorsqu'il s'agit d'une invagination du colon, et à plus forte raison dans les invaginations iléo-cæcales. On sait que ces invaginations peuvent venir faire procidence à l'anus.

Le cylindre moyen se replie de bas en haut pour former le cylindre interne. Le pli circulaire constitué par cette réflexion est visible

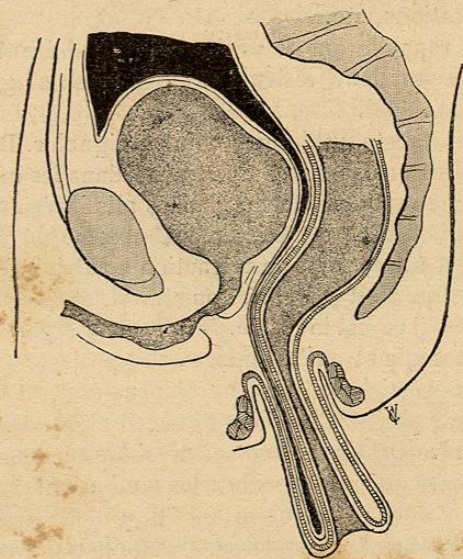


Fig. 54.

à l'extérieur. Sa face convexe est formée par la muqueuse et regarde en bas, tandis que la face convexe du collier ou pli supérieur est formée par la séreuse et regarde en haut. L'orifice muqueux constitué par le pli inférieur conduit dans la lumière de l'intestin.

Le cylindre moyen et le cylindre interne sont, je l'ai dit, adossés par la séreuse : il y a donc toujours dans cette variété de prolapsus un cul-de-sac péritonéal. Mais il est très rare, si même cela arrive, que les anses intestinales y pénètrent, car le collier est serré.

Telles sont les lésions primitives. Dans les vieux prolapsus il se produit des altérations secondaires, dont j'ai déjà parlé : épaissement de la muqueuse, qui amène une hypertrophie de ses plis, ulcérations, etc.

Je rappelle que le prolapsus, en altérant les parois rectales, en diminuant leur résistance, prédispose singulièrement aux ruptures (Voy. p. 408).

Il me reste un dernier point à signaler. Dans les prolapsus, plutôt dans les prolapsus complets que dans les invaginations procidentes, l'orifice muqueux formé par les plis inférieurs est parfois rétréci. On considérerait ce rétrécissement comme dû à des altérations secondaires, à une sorte de rétraction cicatricielle. Bœckel pense au contraire qu'il est primitif, congénital, et que, loin d'être l'effet du prolapsus, il en est la cause. Nous verrons par quel mécanisme.

Étiologie et pathogénie. — Le prolapsus de la muqueuse ou prolapsus partiel, ou encore prolapsus *ani*, est surtout une maladie de la petite enfance. Chez les adultes, il n'existe que comme complication des hémorroïdes, et constitue alors le prolapsus hémorroïdaire. On l'observe quelquefois chez les vieillards et peut-être plus particulièrement chez ceux qui en ont été atteints au début de la vie.

Le prolapsus complet se développe surtout entre l'âge adulte et la vieillesse. Les femmes y sont un peu plus exposées. Quant à l'invagination procidente, on la rencontre à tous les âges.

Au point de vue pathogénique, il faut distinguer les causes prédisposantes et les causes efficientes.

Le prolapsus de la muqueuse s'explique aisément. Chez l'enfant, le tissu cellulaire est lâche. Une laxité un peu exagérée, telle sera la cause prédisposante. Il faut ajouter que le sacrum étant beaucoup plus droit, la résultante des efforts abdominaux se rapproche davantage de l'axe de l'anus. Ces efforts constituent la cause déterminante : efforts de toux dans la coqueluche, efforts de miction répétés dus au phimosis ou aux adhérences préputiales. Bien plus fréquents et bien plus dangereux sont les efforts de défécation mal réglés par les parents. Combien souvent n'arrive-t-il pas qu'on laisse, qu'on oublie les enfants sur le vase. Là, ils crient ou continuent à pousser. La muqueuse se congestionne, s'œdématie ; les efforts de défécation finis-

sent par agir sur elle comme sur un bol fécal et l'expulsent au dehors.

Pour produire le prolapsus complet, il faut des causes plus sérieuses. Les causes prédisposantes sont au nombre de deux : le relâchement des moyens de fixité, et l'élargissement du rectum.

Les moyens de fixité peuvent être divisés en deux classes : les moyens de soutien et les moyens de suspension. C'est le périnée qui soutient le rectum. Il faut remarquer que lorsque le sphincter est vigoureux et le périnée solide, l'axe de l'anus ne continue pas celui du rectum. Ces deux axes forment un angle d'où il résulte que les efforts de défécation ont peu de tendance à chasser le rectum au travers de l'anus. Aussi l'affaiblissement du périnée joue-t-il dans la pathogénie du prolapsus un rôle capital sur lequel Cruveilhier a justement insisté.

Le moyen de suspension est constitué par le méso-rectum. Entre le méso et le périnée, se trouve le releveur de l'anus, et au-dessus de lui l'aponévrose sacro-recto-génitale. On peut considérer ce muscle et cette aponévrose soit comme des agents de soutien, soit comme des agents de suspension. Mais en tout cas leur rôle est énorme. Quand ils sont intacts, il peut bien survenir une invagination procidente, mais il semble impossible qu'il se produise un prolapsus vrai.

Tous ces agents de fixité peuvent être affaiblis par les grossesses, par les tumeurs abdominales. Peut-être chez les variqueux se produit-il de véritables troubles trophiques qui en diminuent la résistance. Il semble aussi que chez certains individus, ils soient insuffisants par une sorte d'aplasie congénitale. C'est chez les gens de cette catégorie qu'on observe toutes les ptoses viscérales, néphroptose, hépatoptose, entéroptose.

L'élargissement du rectum engendré par la constipation, peut-être aussi par des troubles trophiques, joue certainement un rôle considérable. La facilité avec laquelle on peut retourner des tuyaux faits de même matière est en proportion directe de leur calibre et en proportion inverse de l'épaisseur de leur paroi. Il est facile de retourner le pouce d'un gant, difficile de retourner le petit doigt. Un rectum étroit à parois épaisses ne pourra pas se retourner ; un rectum large à parois minces le fera facilement.

Les causes efficientes sont constituées par tout ce qui augmente la pression abdominale, c'est-à-dire par les efforts : efforts de toux, efforts de miction répétés chez les rétrécis, les calculeux ou les prostatiques, efforts de défécation. Ces derniers sont les plus actifs. La constipation qui les exagère, la diarrhée qui les multiplie, ont par suite un rôle incontestable. Certaines maladies agissent encore en modifiant l'effet des efforts de défécation ; ainsi les polypes et les hémorroïdes. La défécation agit sur ces tumeurs intra-rectales comme sur le bol fécal lui-même. Elle tend à les expulser ; mais ces

tumeurs ne peuvent sortir sans entraîner le rectum avec elles. Si donc elles sont expulsées, le prolapsus est inévitable. Les rétrécissements du rectum jouent, d'après Bœckel, un rôle analogue. Les matières s'accumulent au-dessus du point rétréci sur lequel elles buttent. Si elles ne le franchissent pas, l'effort de défécation peut chasser au dehors le rectum avec les matières.

On comprend que la proportion relative des causes prédisposantes et des causes efficientes est très variable. Il en est ainsi pour toutes les variétés de déplacement. Tantôt les causes prédisposantes sont telles que le prolapsus se produit presque sans cause efficiente. Gérard Marchand, appliquant au prolapsus les expressions qui sont en usage pour les hernies, dit qu'il s'agit alors d'un prolapsus de faiblesse. Tantôt, au contraire, les causes prédisposantes ayant moins préparé le terrain, il faut une cause efficiente très active pour produire la lésion. C'est le prolapsus de force.

Symptômes — Chez les enfants le prolapsus muqueux passe parfois presque inaperçu. A chaque défécation paraît au pourtour de l'anus un repli muqueux rouge, souple, qui se réduit spontanément ou sous l'influence d'une légère pression. Les choses restent ainsi, et sans déterminer d'autres troubles, l'affection guérit spontanément.

Mais il peut arriver que la tumeur devienne plus volumineuse et ne se laisse pas facilement réduire. Quelquefois, peut-être parce que les premières phases ont passé inaperçues, il semble que le prolapsus muqueux soit d'emblée considérable et difficilement réductible. L'enfant qui est sur le vase pousse des cris, on le relève, et en voulant lui donner les soins de propreté, on constate la présence de la tumeur. Les parents effrayés ne manquent pas de la qualifier de « morceau de chair ».

Cette tumeur ne dépasse pas 3 à 4 centimètres de long. Elle tend à s'étaler plutôt qu'à s'allonger. Sa couleur est d'un rouge vif, celui de la muqueuse rectale un peu accentué par la congestion. Cette muqueuse est très souvent recouverte de mucosités visqueuses, qui forment une couche continue ou seulement des stries éparses. Les plis de la muqueuse rendus plus apparents donnent à la tumeur une forme irrégulièrement annelée. A sa racine, elle se continue directement, sans sillon, avec la peau de l'anus. A sa partie la plus saillante se voit l'orifice intestinal.

Sous l'influence des efforts, la tumeur tend à augmenter de volume. Mais dans les prolapsus de la muqueuse, les seuls dont il soit ici question, elle ne devient jamais considérable.

Chez l'adulte, le prolapsus partiel est presque toujours dû à des hémorroïdes. Celles-ci, en faisant procidence, entraînent la muqueuse avec elles. C'est le prolapsus hémorroïdaire. Les choses se passent à peu près comme chez l'enfant, mais la tumeur est rendue plus irrégulière par la présence des hémorroïdes.

Chez les vieillards, on observe quelquefois le prolapsus muqueux, qui ne présente rien de particulier.

Dans le prolapsus complet et dans l'invagination procidente, la tumeur devient bien plus volumineuse. Elle peut atteindre les dimensions d'une tête d'adulte. Elle a la forme d'un cône tronqué, mais son axe n'est pas rectiligne. Elle s'incurve en arrière, de telle sorte que l'orifice situé à son sommet est dirigé obliquement en arrière et en bas. Tantôt les plis de la muqueuse, hypertrophiés, donnent, comme précédemment, une forme annelée à la tumeur; tantôt, au contraire, sa surface est assez régulièrement lisse. Elle est d'un rouge vif plus ou moins masqué par les mucosités qui la recouvrent.

Elle est souple, mais bien plus épaisse que quand il s'agit d'un simple prolapsus muqueux. Si on introduit un doigt par l'orifice central, de façon à ne saisir qu'une moitié de la masse, on reconnaît que cette moitié a encore une épaisseur notable, et que, bien que souple, elle a une consistance ferme; quelquefois on peut faire glisser les deux cylindres l'un sur l'autre.

Lorsqu'il existe une hédrocèle, la moitié antérieure de la tumeur devient plus épaisse et bombe. Si on la percute, on la trouve sonore. Sous l'influence des efforts, de la toux, elle augmente de volume et se tend, présentant très nettement le phénomène de l'impulsion. En exerçant sur elle des pressions, on réduit les anses intestinales et on peut percevoir le gargouillement. Ce sont là tous les signes des hernies. L'hédrocèle est d'ailleurs rare.

Il faut toujours examiner avec soin la manière dont la tumeur se comporte au niveau de l'anus. S'il s'agit d'un prolapsus complet du rectum, la muqueuse qui le revêt se continue directement avec la peau. S'il s'agit au contraire d'une invagination procidente, il existe entre l'anus et la racine de la tumeur un sillon dans lequel le doigt peut s'engager. J'ai déjà expliqué que ce sillon peut être plus ou moins profond.

Le prolapsus qui se produit au moment des selles peut se réduire spontanément après. L'infirmité est à son minimum. Dans un très grand nombre de cas, la réduction ne se fait pas d'une manière tout à fait spontanée : le malade est obligé d'exercer de légères pressions pour l'obtenir. Les choses peuvent rester longtemps dans cet état. Le prolapsus se produit de temps à autre au moment des selles et il se réduit, sinon spontanément, du moins facilement.

L'évolution est variable. Le plus souvent le prolapsus devient de plus en plus volumineux, il sort de plus en plus souvent. Les difficultés de réduction augmentent. Pour rentrer la tumeur, le malade est obligé d'exercer des pressions plus prolongées, plus énergiques.

Il arrive un moment où ce n'est plus la défécation seulement qui le produit, mais des efforts quelconques, une quinte de toux par exemple. Puis il suffit d'une marche un peu rapide, et enfin

le prolapsus finit par être toujours au dehors. Il n'est pas irréductible : des manœuvres bien faites le font rentrer, mais il est incoercible : le moindre effort, le moindre mouvement le fait sortir.

L'infirmité est alors extrêmement pénible. La tumeur suinte abondamment ; les malades sont obligés de porter un pansement en permanence. Malgré cela, la muqueuse s'irrite, s'enflamme, devient très sensible. Il peut même y avoir des douleurs très vives. Des ulcérations se forment, qui suppurent et qui saignent. Les hémorragies se répètent, quelquefois elles sont considérables. L'incontinence augmente encore les tortures des malades.

Quand un prolapsus reste ainsi longtemps au dehors, ce n'est pas seulement la muqueuse qui s'enflamme chroniquement, mais toutes les tuniques rectales. Celles-ci s'épaississent, s'indurent, les divers cylindres deviennent adhérents les uns aux autres, et la tumeur qui n'était qu'incoercible devient irréductible. Les malades tombent dans le marasme et cette épouvantable infirmité leur fait prendre l'existence en dégoût. La santé s'altère et il en est qui finissent par succomber.

A côté de cette irréductibilité qui est due à des épaississements et à des adhérences, il en est une autre qui survient brusquement par étranglement.

Ceci est un autre mode d'évolution. Les prolapsus incoercibles ne sont pas ceux qui s'étranglent.

Brusquement, au moment d'un effort, effort de défécation ou autre, la tumeur sort plus volumineuse qu'elle n'a jamais été, et le malade ne peut la faire rentrer, elle est étranglée.

L'agent de l'étranglement, c'est le sphincter qui se contracture. Ce ne peut être que lui dans les prolapsus vrais. Dans les invaginations procidentes, le collier pourrait jouer un rôle, mais ce rôle est bien peu actif. Le véritable agent de l'étranglement, c'est le sphincter.

Dès que le prolapsus est étranglé, des douleurs vives surviennent. Presque toujours, il y a de l'incontinence d'urine. Sous l'influence de la striction, la circulation se fait mal dans la tumeur qui s'œdématie, augmente de volume ; la muqueuse tuméfiée prend une coloration violette, livide ; elle se marbre de taches noirâtres. C'est le sphacèle qui commence. Tantôt la gangrène se limite à des plaques, qui peuvent devenir l'origine d'accidents infectieux très graves. Tantôt elle frappe la tumeur en totalité. Pendant que celle-ci s'élimine, des adhérences se font entre les cylindres au niveau du sillon d'élimination, et la guérison peut survenir. Mais la cicatrice qui s'est ainsi produite est rétractile et le malade reste exposé à la formation d'un rétrécissement. La guérison par sphacèle et élimination du prolapsus est d'ailleurs d'une extrême rareté. Ce serait folie que d'y compter. L'étranglement d'un prolapsus se termine bien plus souvent par la mort que par la guérison.

J'ai déjà signalé les complications qui surviennent aux prolapsus incoercibles, inflammation, ulcération. Il me reste à rappeler la possibilité de la rupture (Voy. p. 408).

Diagnostic. — Le diagnostic du prolapsus rectal ne présente pas de difficultés. Pour peu que l'examen soit attentif, l'erreur est impossible.

Les polypes procidents ont une forme arrondie ou ovoïde, leur surface est lisse ou framboisée, leur consistance est ferme. On peut reconnaître leur pédicule.

Les hémorroïdes sont irrégulières. Ce sont des tumeurs multiples séparées les unes des autres par des sillons, tandis que le prolapsus est une tumeur unique et circulaire. J'ai dit que les hémorroïdes pouvaient entraîner la muqueuse, ce qui constitue le prolapsus hémorroïdaire. L'association des deux lésions est facile à constater.

Il ne suffit pas de diagnostiquer l'existence d'un prolapsus, il faut encore reconnaître sa variété.

Le prolapsus muqueux se reconnaît à son petit volume, à son étalement et à la minceur des parois. Le prolapsus complet se distingue de l'invagination procidente à l'absence de sillon entre la tumeur et l'anus.

Traitement. — Le prolapsus muqueux des enfants est une affection tout à fait bénigne, qui tend à guérir spontanément. C'est donc aux moyens les plus simples qu'il faut recourir contre elle. La première indication, c'est de bien régler les selles et de surveiller attentivement les garde-robes. Il est capital de ne laisser l'enfant sur le vase que le temps strictement nécessaire. On peut aider à la rapidité de l'évacuation, soit par des suppositoires, soit par des lavements. Si, malgré ces précautions, le prolapsus se produit, après l'avoir lavé à l'eau boriquée tiède, on le réduit doucement, soit avec le doigt, soit avec un linge propre enduit de vaseline. En général ces simples précautions hygiéniques suffisent et le prolapsus guérit tout seul.

Schmey prétend que tous les enfants atteints de prolapsus présentent des signes de rachitisme, et il leur donne de l'huile de foie de morue phosphorée. Je ne crois pas que ce traitement puisse avoir d'inconvénients, mais il n'est pas démontré que le prolapsus guérisse mieux avec lui que sans.

Si le prolapsus muqueux se reforme sans cesse, s'il tend à rester en permanence au dehors, il faut recourir à un traitement plus énergique, sur lequel je reviendrai dans un instant.

Avant d'aborder le traitement curatif du prolapsus complet, je dois dire un mot du traitement des complications. Les inflammations, les ulcérations qui se développent sur les vieux prolapsus incoercibles fournissent des indications opératoires que nous retrouverons plus loin, mais ne réclament aucun traitement direct spécial. Au contraire, l'étranglement nécessite une intervention immédiate. Il faut en effet

réduire le prolapsus étranglé le plus tôt possible, pour empêcher les lésions de s'aggraver. Il va sans dire que si l'on est appelé trop tard, alors que le sphacèle a déjà commencé, la réduction est formellement contre-indiquée. Il ne reste plus qu'à enlever toute la masse sphacélée ou à attendre son élimination.

Quand il n'y a pas de sphacèle, comment faut-il procéder pour obtenir la réduction ?

C'est le sphincter qui est l'agent de l'étranglement. Les douleurs causées par les manœuvres augmentent encore sa contracture et par suite les difficultés de réduction. Aussi conseille-t-on, pour supprimer la contracture, de recourir au chloroforme. C'est certainement un bon moyen, mais je crois qu'on peut éviter aux malades les ennuis de l'anesthésie générale. J'ai toujours réussi par l'artifice très simple que voici. J'enveloppe toute la tumeur avec des compresses, ou une mince couche de ouate trempée dans une solution de cocaïne, ou mieux graissée de vaseline cocaïnée. Au bout de quelques minutes, la tumeur pâlit légèrement et devient insensible. Alors j'exerce des pressions, non pas pour chercher à la faire rentrer, mais pour exprimer en quelque sorte le sang dont elle est gorgée et le liquide œdémateux dont elle est infiltrée. Je la malaxe, je la pétris doucement. Sous l'action de ce pétrissage, son volume diminue d'une manière très notable et la réduction devenue très facile se fait presque spontanément. Il est absolument inutile de mettre le malade la tête en bas, comme le recommandait Fabrice de Hilden, et même de le placer dans la position genu-pectorale. Cette petite manœuvre se fait et réussit à merveille dans le décubitus latéral.

Le traitement palliatif consiste à maintenir le prolapsus, ce qui est bien difficile, ou plutôt à le protéger par des bandages. Il en existe une grande variété dont la description serait sans intérêt.

Le traitement curatif est chose singulièrement délicate.

Je n'insisterai pas sur le traitement médical, dont l'efficacité me paraît douteuse. Je ne crois pas que l'ergotine, la noix vomique, la strychnine administrées à l'intérieur, aient jamais guéri personne et je ne sais pas si l'action locale de ces médicaments est plus efficace. Duchaussoy appliquait la strychnine sur des plaies créées par de petits vésicatoires. Dolbeau et Foucher employaient les injections hypodermiques de strychnine; Vidal (de Cassis) les injections intra-sphinctériennes d'ergotine.

L'électricité est peut-être plus efficace. Il est possible qu'elle tonifie dans une certaine mesure le périnée. Gosselin faisait l'électropuncture du sphincter. La faradisation, qui remonte à Duchenne (de Boulogne) est plus employée. Il faut ranger encore dans les petits moyens les cautérisations, qui sont cependant plus efficaces.

Les caustiques chimiques ne sont plus très employés. Lloyd recommande le nitrate d'argent, Allingham l'acide nitrique.

Le fer rouge est à la fois plus efficace et moins douloureux. Le procédé de Begin et Sédillot, qui consistait à introduire un cautère actuel dans le rectum après réduction du prolapsus, a été justement abandonné. Guersant, pour réveiller la contraction du sphincter, appliquait quatre boutons de feu autour de l'anus. Gosselin était grand partisan de cette manière de faire. Le procédé de Bryant est certainement préférable. Il consiste à pratiquer sur le prolapsus des raies de feu longitudinales intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse. La tumeur est ensuite réduite, et l'on maintient une constipation absolue pendant cinq ou six jours. La rétraction cicatricielle des points cautérisés agit de double façon en diminuant la largeur de l'ampoule rectale et en amenant des adhérences de la muqueuse aux autres tuniques. On pourrait craindre que, lors de l'élimination des escarres, ces plaies intra-rectales s'infectent. Je ne sais pas si des accidents de cette origine ont été observés. En tout cas, Rouvier, Schwartz ont obtenu de bons résultats de cette méthode qui s'applique surtout, il me semble, au prolapsus muqueux.

Les méthodes sanglantes sont nombreuses. On peut les classer d'après le but qu'elles se proposent d'atteindre. En effet, chacune d'elles cherche à remédier à l'une des causes prédisposantes. Celles-ci, nous l'avons vu, sont au nombre de trois : l'insuffisance des moyens de soutien, l'élargissement du rectum, l'insuffisance des moyens de suspension. Nous allons trouver un groupe d'opérations qui tendent à refaire les moyens de soutien en agissant sur le périnée, un autre groupe dont le but est de remédier à l'élargissement du rectum, un troisième qui cherche à créer de nouveaux moyens de suspension. Il faut ajouter un cinquième type d'opérations, l'ablation ou exérèse du prolapsus.

1° *Réfection de l'anus et du périnée.* — Les anciennes opérations de ce groupe étaient insuffisantes parce qu'elles agissaient seulement sur la peau. Dupuytren excisait un certain nombre de plis rayonnés de l'anus, de deux à six. Roux et Robert enlevaient un triangle cutané dont la base était à l'anus et dont le sommet correspondait à la pointe du coccyx.

Plus récemment, on a fait des opérations plastiques plus profondes, de véritables périnéorrhaphies calquées sur les colpo-périnéorrhaphies et qu'on appelle ano ou recto-périnéorrhaphies. C'est Duret (1) qui a été l'initiateur de ces opérations. Sur la face postérieure du rectum, il enlève un triangle de muqueuse à base inférieure et à sommet supérieur. Sur le périnée, il dessine un triangle semblable dont la base se confond avec celle du premier et dont le sommet se dirige vers le coccyx. Par une exérèse profonde, sans crainte d'intéresser le sphincter, il enlève le coin de tissus compris entre les deux triangles. Il obtient ainsi un avivement vaste et profond, de telle sorte que,

(1) DURET, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 21 janvier 1887.