

d. Lipomes.

Ce genre de production morbide peut se rencontrer soit à la région ano-coccygienne, soit dans le rectum; mais il est d'une excessive rareté. Mollière en cite trois observations dans son livre.

Les lipomes de la région ano-coccygienne se rencontrent presque exclusivement chez les enfants nouveau-nés. Tantôt pédiculés, tantôt sessiles, ils peuvent acquérir un volume énorme. Molk rapporte le cas d'un enfant mort-né qui portait un lipome ano-coccygien remplissant tout le petit bassin et qui descendait jusqu'aux mollets. Robert (1) a observé un lipome de l'anus qui simulait une hernie périnéale.

Les lipomes du rectum sont encore plus rares. Ils se présentent généralement avec des caractères un peu différents de ceux qu'ils affectent dans les autres régions, modifiés qu'ils sont le plus souvent par l'irritation à laquelle ils sont soumis dans le rectum. Leur surface extérieure devient souvent dure, fibreuse, et quelquefois même subit la transformation cartilagineuse; d'autres fois, au contraire, ils se ramollissent au centre et se creusent de cavités dans lesquelles on rencontre de la graisse à moitié fluide ou des matières crétacées.

Leurs symptômes sont très obscurs; ils présentent quelque ressemblance avec ceux des polypes, et comme eux, ils peuvent faire procidence à travers l'anus, sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse. Une observation du docteur Castelain (2) et une autre de Avezou (3) prouvent qu'ils peuvent même se pédiculiser et être expulsés spontanément à travers l'anus.

e. Fibromes.

Les fibromes de la région anale et du rectum sont d'une excessive rareté. Leur développement est très lent. Goetz (4) présenta à la Société anatomique une tumeur fibreuse du volume d'une tête de fœtus, qui s'était développée dans la fosse ischio-rectale et était implantée sur la face antérieure du coccyx par un pédicule de la grosseur du doigt. Elle faisait saillie sous la peau de la fesse droite et s'était insinuée graduellement entre les organes du petit bassin en les écartant. Elle trahissait sa présence par des troubles du côté de la défécation et de la miction. L'ablation en fut pratiquée par Tillaux, pour parer à des accidents d'obstruction intestinale imminente.

(1) *Annales de thérapeutique*, octobre 1844.

(2) *Gazette hebdomadaire*, mai 1870, p. 318, et *Bull. médical du nord de la France*, mars 1870.

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, séance du 26 mars 1875.

(4) *Progrès médical*, 1876, p. 219.

f. Enchondromes.

Les enchondromes du rectum sont également très rares; il n'est même pas prouvé que le tissu cartilagineux puisse naître d'emblée dans les tissus normaux de l'intestin et que l'enchondrome ne soit pas une transformation d'un adénome. Dolbeau (1) a présenté à la Société anatomique une tumeur de ce genre.

g. Sarcomes.

Nous laisserons de côté les *sarcomes* et les *cysto-sarcomes* de la région ano-coccygienne qui ont été décrits ailleurs.

Les sarcomes du rectum envahissent rapidement les parties voisines et acquièrent fréquemment un volume énorme. La forme la plus communément observée est la forme myéloïde; mais on a également signalé quelques cas de sarcome mélanique. Maier, Curling (2), Ashton, Gross, Virchow (3) en ont rapporté des exemples. En 1876, Meunier et Neveu (4) ont présenté à la Société anatomique une tumeur de ce genre. Elle était assez dure et siégeait à cinq ou six centimètres au-dessus du sphincter, sur tout le pourtour du rectum. Elle présentait à sa surface des saillies verruqueuses, dont quelques-unes, à peine exulcérées, ressemblaient à des mûres. La muqueuse était mobile sur toutes les inégalités. Le calibre du rectum était fortement rétréci par la masse morbide qui, à l'autopsie, fut trouvée complètement noire. Les ganglions vertébraux étaient augmentés de volume, les uns incolores, les autres complètement noirs; il en était de même pour les ganglions médiastinaux. Il existait aussi des masses mélaniques éparses dans le foie.

§ VIII. — Prolapsus du rectum.

On a longtemps confondu la chute du rectum ou procidence de la muqueuse rectale à travers l'orifice anal et la procidence, à travers l'anus, du rectum muni de toutes ses tuniques. Saviard, et plus tard Chaussier, insistèrent spécialement sur la nécessité de séparer ces deux affections, qui diffèrent en effet par des caractères assez importants pour justifier, jusqu'à un certain point, une description particulière. Cependant, quelque différentes que soient ces lésions au point de vue de l'anatomie pathologique, nous pensons qu'elles présentent trop d'analogie au point de vue de l'étiologie, des symptômes et de la thérapeutique, pour qu'il n'y ait pas avantage à les rapprocher et à les

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 2^e série, t. V, p. 6.

(2) *Observations on the diseases of the Rectum*, p. 164.

(3) *Pathologie des tumeurs*, traduction de Aronsohn, t. II, p. 212.

(4) *Progrès médical*, 1876, p. 318.

décrire dans un chapitre unique. Aussi, sous le terme générique de prolapsus du rectum, nous décrirons les deux variétés de procidence en les désignant avec Gross, sous les noms de *prolapsus partiel* et de *prolapsus complet*, ou encore avec Gosselin, sous ceux de *prolapsus de la muqueuse* et de *prolapsus invaginé*.

SABATIER, *Chute du rectum* (Mém. sur l'anus contre nature, in Mém. de l'Acad. roy. de chir., t. V, 1774). — LEPELLETIER (de la Sarthe), *Des hémorroïdes et de la chute du rectum*, thèse de concours. Paris, 1835. — ASHTON, *Prolapsus, fistula in ano and Hemorrhoidal affections*, etc. London, 1862. — GUERSANT, *Chute du rectum* (Notices sur la chir. des enfants, 1864-67). — BOUTIÉ, *De la chute du rectum et de son traitement*, thèse de Paris, 1873.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans les cas simples, le prolapsus *partiel* se montre sous forme d'un bourrelet muqueux, facilement réductible, et dont l'apparition, qui n'est quelquefois que momentanée, rappelle tout à fait le phénomène normal qu'on peut observer chez le cheval,

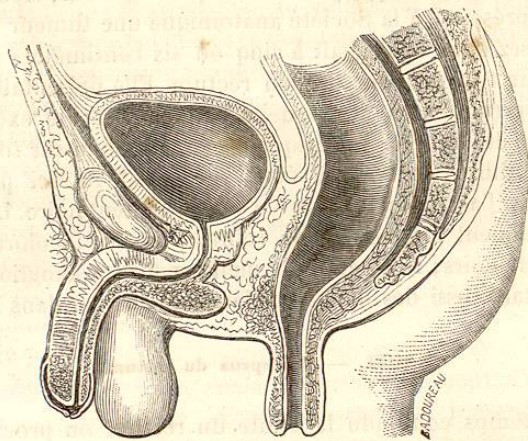


FIG. 96. — Prolapsus de la muqueuse rectale.

dont la muqueuse rectale fait saillie à chaque défécation, sous forme d'une couronne de plis rayonnés, et disparaît aussitôt que le bol fécal a été expulsé. Mais, chez l'homme et surtout chez l'enfant, ce bourrelet prend quelquefois des dimensions beaucoup plus considérables et se présente sous forme d'une tumeur volumineuse, cylindrique ou globuleuse. Cette tumeur qui, chez les enfants, est généralement formée exclusivement par la muqueuse, constitue un type de prolapsus partiel (fig. 96).

Le mécanisme de cette issue de la muqueuse est facile à comprendre. Cette dernière membrane est unie très-lâchement à la tunique musculaire sous-jacente, de telle sorte qu'elle peut se déplacer indépendam-

ment de la seconde. Suivant Giraldès (1), cette laxité du tissu cellulaire est extrêmement marquée chez les enfants; aussi, lorsque dans l'acte de la défécation, les matières fécales s'approchent de l'anus et sont sur le point de franchir le sphincter, la membrane muqueuse est plus ou moins entraînée et vient se présenter à l'orifice.

Selon Boyer, le prolapsus commence par la partie la plus inférieure du rectum, c'est-à-dire par la partie la plus voisine de l'anus; puis, si les causes de déplacement continuent à agir, la zone supérieure attire celle qui est au-dessus, et successivement une partie plus ou moins considérable de muqueuse est décollée et entraînée hors de l'anus au moment où le sphincter se relâche pour laisser passer le bol fécal.

Au début, ce déplacement est généralement peu marqué et cède sous l'influence de la contraction des muscles sphincter et releveur de l'anus. Mais si la procidence se renouvelle très-fréquemment, la partie déplacée peut prendre des proportions plus considérables, séjourner d'une manière plus ou moins permanente à l'extérieur et réclamer l'aide de moyens artificiels pour rentrer. Ce phénomène se voit surtout lorsque le muscle sphinctérien a perdu de sa tonicité, comme chez certains individus débilités. Cependant, il est rare que cette faiblesse du sphincter soit la cause primitive de l'affection. Selon Cruveilhier (2), elle est même toujours consécutive et due au passage réitéré de la muqueuse congestionnée à travers l'orifice anal.

Dans le *prolapsus complet* ou *prolapsus invaginé*, on admet que la partie supérieure du rectum se repliant, à la manière d'un doigt de gant qu'on fait rentrer en lui-même, s'insinue à travers la partie inférieure restée fixe, et vient former au dehors de l'orifice anal une tumeur, de forme et de dimensions variables, mais qui est essentiellement constituée par toutes les tuniques qui forment l'intestin. Il en résulte une invagination à deux cylindres, le cylindre extérieur formé par la partie la plus inférieure du rectum, le cylindre intérieur par les portions d'intestin situées immédiatement au-dessus.

Mais, que devient dans ces cas le cul-de-sac péritonéal? Est-il abaissé, ou reste-t-il en place? C'est là une question qui n'est pas encore suffi-

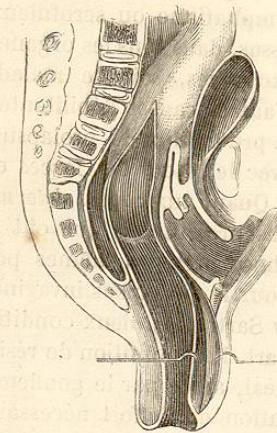


FIG. 97. — Prolapsus complet du rectum. Les deux crochets écartent les deux feuillets du péritoine entraînés avec l'intestin.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, Paris, 1869, p. 789.
(2) *Traité d'anatomie pathologique*, 1832, liv. XXV.

samment élucidée et qu'il serait cependant de la plus haute importance de préciser au point de vue de l'intervention chirurgicale. Avec la plupart des auteurs, nous pensons que le cul-de-sac péritonéal doit être le plus souvent entraîné ou tout au moins abaissé, ainsi que le montre la figure 97, empruntée à Cruveilhier.

ÉTILOGIE. — Le prolapsus du rectum n'est pas fréquent. Allingham n'a rencontré cette affection que cinquante-trois fois sur une série de quatre mille malades atteints de diverses lésions du rectum.

Les causes prédisposantes de l'affection sont relatives à l'âge, au sexe et aux tempéraments. L'âge a une influence très-marquée : relativement fréquent aux deux périodes extrêmes de la vie, l'enfance et la vieillesse, le prolapsus rectal se rencontre beaucoup plus rarement chez l'adulte, et, quand on l'observe, c'est le plus souvent chez la femme, comme conséquence des affections utérines, de la grossesse, et surtout de l'accouchement.

Le prolapsus rectal coïncide très-fréquemment avec un tempérament lymphatique ou scrofuleux qui entraîne un relâchement dans tous les tissus, dans tous les organes. L'affaiblissement provenant soit de fatigues excessives, soit de maladies graves, comme la fièvre typhoïde, soit d'autres causes débilitantes, influe aussi d'une manière puissante sur la production du prolapsus. Ordinairement cette prédisposition cesse avec le retour des forces et de la santé.

Quant aux causes déterminantes du prolapsus, elles sont souvent très-obscurcs. Celles qui ont été signalées par les auteurs sont, à peu de chose près, les mêmes pour le simple prolapsus de la muqueuse que pour le prolapsus invaginé ou prolapsus complet. Selon Lepelletier de la Sarthe (1), deux conditions en facilitent surtout la production : d'une part, la diminution de résistance du sphincter anal et du plancher périméal, aidée par le gonflement de la muqueuse ; d'autre part, l'augmentation de l'effort nécessaire à la défécation. A ces deux causes principales, il en ajoute une troisième, mais qui agit bien plus rarement, c'est l'entraînement mécanique de la muqueuse par une tumeur.

Les causes qui produisent le prolapsus de la muqueuse chez les enfants sont assez variées. On a accusé la faiblesse du sphincter à cet âge, et Giraldès a insisté sur la laxité du tissu cellulaire qui unit la muqueuse rectale aux couches musculaires de l'intestin, et qui serait beaucoup plus marquée dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. Duchaussoy (2) insiste aussi sur la faiblesse du sphincter comme cause de procidence, et rapporte que, dans quelques circonstances, on a pu, sans faire souffrir les petits malades, introduire simultanément quatre doigts dans leur anus. Mais il a peut-être pris l'effet pour la cause ; car,

(1) Répertoire médico-chirurgical et obstétrical, Bruxelles 1837, t. IV.

(2) De la cause immédiate et du traitement de la chute du rectum chez les enfants (Arch. gén. de méd., 1853, t. II, p. 320.

dans l'enfance, la tonicité du sphincter est d'habitude très-marquée, et c'est seulement chez les enfants mal nourris et souffrant de diarrhée chronique que le sphincter se relâche.

Une cause plus certaine réside dans la conformation du bassin chez les enfants. Chez eux, le sacrum est presque droit ; il en résulte que le rectum, au lieu de prendre un point d'appui sur la courbure du sacrum et la pointe du coccyx, est presque rectiligne. Comme il est en outre relativement beaucoup plus volumineux, par rapport au bassin encore incomplètement développé, que chez l'adulte, il a une beaucoup plus grande tendance à se déplacer dans les efforts de défécation.

Une autre cause de procidence réside certainement aussi dans la détestable habitude qu'ont certaines mères et nourrices de faire asseoir les enfants sur la chaise percée et de les y laisser un temps sept ou huit fois plus long que ne l'exige l'expulsion des fèces. L'enfant se livre à des efforts inutiles et exagérés qui ont certainement une grande part dans la production de l'accident.

D'autres fois, les efforts de défécation sont dus à une cause toute locale, telle que la présence d'ascarides, d'un polype dans le rectum, d'un calcul dans la vessie, l'existence d'un phimosis, d'un prépuce adhérent.

Il est bon de remarquer que le prolapsus est très-rare chez les enfants robustes et bien portants ; il s'agit presque toujours d'êtres chétifs ou épuisés par la diarrhée ou une constipation opiniâtre.

Chez l'adulte, le prolapsus se rencontre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Parmi les causes, tous les auteurs signalent la diarrhée et la constipation. La diarrhée, par les selles fréquentes qu'elle occasionne, amène un relâchement du sphincter, trop souvent mis en jeu, et la muqueuse, sans cesse poussée par les efforts de défécation, se laisse entraîner et vient faire saillie hors de l'an us. Dans la constipation, l'expulsion de matières fécales très-dures nécessite de grands efforts qui font glisser la muqueuse sur les autres tuniques de l'intestin jusqu'à ce qu'elle vienne faire saillie au dehors. La dysenterie entraîne souvent le même résultat en raison des efforts de défécation nombreux et violents qu'elle produit et des phénomènes de congestion vive qu'elle détermine dans la partie inférieure du tube digestif. Dans certains cas de dysenterie chronique, il est facile de constater par le toucher le degré d'atonie du sphincter qui permet l'introduction dans le rectum de trois et même de quatre doigts. Selon Smith (1), l'usage des drastiques et l'habitude de prendre tous les jours de grands lavements produiraient le même résultat.

L'existence d'un corps étranger, d'une tumeur à l'extrémité inférieure du rectum, les condylomes, les végétations et particulièrement les polypes, les hémorroïdes, ont une action qui s'explique aisément. Non

(1) Med. Times and Gaz., 17 nov. 1860.

seulement ces diverses causes entraînent mécaniquement la muqueuse hors de l'anus au moment de la défécation, mais encore elles agissent en amenant des spasmes continuels du côté de l'intestin; c'est sans doute par ce dernier mécanisme que les calculs vésicaux, les hypertrophies prostatiques, les cystites, les maladies de l'utérus et du vagin agissent pour produire le prolapsus du rectum.

L'équitation et les traumatismes, tels, par exemple, qu'une pression brusque et énergique sur le ventre, sont signalés comme ayant amené dans certains cas l'apparition d'un prolapsus rectal.

Chez la femme, il est bien connu que les grossesses répétées, les efforts de parturition et les tumeurs pelviennes prédisposent au prolapsus. Suivant Mollière, la véritable cause du prolapsus, dans ces divers cas, ne serait pas attribuable à l'augmentation de pression intra-abdominale que devrait produire la procidence du rectum muni de toutes ses tuniques, mais à la compression des veines du bassin donnant naissance à un œdème sous-muqueux.

Le relâchement du sphincter, enfin, peut être la cause primitive du prolapsus rectal. On comprend que la dilatation du sphincter par traumatisme ou par paralysie soit souvent suivie de prolapsus. Aussi l'observe-t-on chez les pédérastes, chez les paraplégiques.

Chez les vieillards, tous les tissus, tous les organes et en particulier le sphincter anal, subissent une diminution de vitalité par suite des progrès de l'âge. L'existence d'hémorroïdes, l'accumulation de matières fécales dures dans l'ampoule rectale, expliquent suffisamment pourquoi le prolapsus rectal est plus fréquent chez le vieillard que chez l'adulte. La toux qui accompagne le catarrhe chronique, certaines affections des voies génito-urinaires (calcul vésical, hypertrophie de la prostate, rétrécissement de l'urètre, etc.), peuvent, en obligeant le malade à des efforts considérables, être l'origine première du prolapsus.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le *prolapsus partiel*, ou *prolapsus de la muqueuse*, se montre au début sous forme d'une tumeur, qui n'apparaît d'abord que lorsque le sujet va à la garde-robe, mais qui plus tard reste d'une manière plus ou moins permanente à l'extérieur. La forme de la tumeur, ainsi que son volume, sont sujets à de nombreuses variations.

Quelquefois cette tumeur se présente comme une petite masse irrégulière et sphérique, siégeant au centre de l'orifice anal à travers lequel elle semble en quelque sorte s'échapper. Cette disposition s'observe, en général, dans le prolapsus consécutif aux hémorroïdes et aux polypes.

Plus souvent la muqueuse se montre à l'anus avec l'apparence d'un ou de deux replis latéraux rougeâtres, mous, élastiques, ne causant pas de douleur à la pression. La longueur de ces replis, bien qu'ils soient exclusivement formés par la muqueuse, peut atteindre plusieurs centi-

mètres. Leur face interne se continue avec la muqueuse du pourtour de l'orifice anal et leur face externe avec la peau de l'anus.

Plus souvent encore, la muqueuse, au premier degré de prolapsus, affecte la forme d'un bourrelet ou d'un anneau plus ou moins épais, disposé circulairement autour de l'orifice anal et constituant une tumeur un peu renflée à sa partie moyenne et plus petite à ses deux extrémités. Son sommet est percé d'une ouverture par où sortent les matières fécales. La surface de la tumeur est rouge, molle, d'aspect velouté, plus ou moins villeuse, quelquefois parcourue par des plis circulaires parallèles entre eux et recouverte le plus souvent de mucosités filantes. Ces sécrétions, quand elles sont abondantes, s'écoulent sur les fesses et les cuisses et peuvent donner lieu à des éruptions érythémateuses, quelquefois fort douloureuses et très-difficiles à guérir. Le bourrelet muqueux se continue sur les cotés avec la peau du pourtour de l'anus, et il n'y a généralement pas entre eux de rigole circulaire.

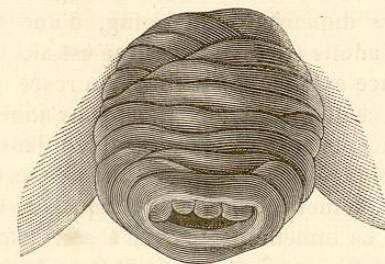


FIG. 98. — Tumeur formée par le prolapsus de la muqueuse rectale.

Ce caractère a été considéré par Vidal (de Cassis), comme pathogno-

monique du prolapsus de la muqueuse du rectum. Cruveilhier fait justice de ce prétendu signe diagnostique et affirme que les cas dans lesquels la muqueuse se continue sans rigole ou rainure circulaire avec la peau du périnée et du pourtour de l'anus, ne sont pas toujours constitués par un simple renversement de la muqueuse, et que lorsque le déplacement du rectum a une certaine longueur, il est constitué par une invagination à deux cylindres. Il n'est donc pas vrai de dire que l'on distingue le renversement de la muqueuse du renversement de toute l'épaisseur du rectum, en ce que, dans le premier cas, il est impossible de faire pénétrer un stylet entre l'anus et la tumeur.

Lorsque le prolapsus est ancien, la muqueuse, continuellement en contact avec les vêtements et froissée par les mouvements des membres inférieurs, se modifie, s'épaissit, prend une coloration rouge plus foncée, devient beaucoup plus sensible au toucher, et sécrète un liquide séropurulent. Elle présente quelquefois à sa surface de véritables ulcérations, mais elle donne rarement lieu à un écoulement sanguin. Suivant Trélat et Delens (1), lorsque le prolapsus est très-ancien, lorsqu'il reste continuellement en contact avec l'air extérieur et est soumis aux frottements, la muqueuse perd sa souplesse, sa sensibilité et revêt peu à peu les caractères de la peau. Mais si l'on écarte les replis pour exami-

(1) Dict. encycl. des sc. médicales, art. RECTUM, p. 717.

ner leur face interne, on constate que la muqueuse reprend plus haut son aspect normal.

Tels sont les caractères extérieurs habituels du prolapsus de la muqueuse rectale; mais, chez les enfants, ils diffèrent un peu de ceux que nous venons de signaler. Généralement, la muqueuse en prolapsus chez les enfants forme une tumeur très-longue, pouvant atteindre 8 à 10 centimètres, à peu près cylindrique, à surface lisse, d'un rouge sombre et recouverte de mucus.

Le prolapsus *complet* ou prolapsus *invaginé* se rencontre le plus souvent chez l'adulte et le vieillard. L'aspect de la tumeur est des plus variables. Son volume est en général considérable; on lui a vu acquérir les dimensions du poing, d'une tête de fœtus et même d'une tête d'adulte (Gross). Sa forme est alors cylindrique ou globuleuse, sa surface extérieure est rouge ou rosée et présente des plis transversaux dus à ce que la muqueuse est plus adhérente à la tunique musculaire sous-jacente en certains points que dans d'autres; elle est en outre le siège fréquent d'ulcérations ou d'indurations, conséquence naturelle des frottements continuels auxquels la tumeur est exposée.

La tumeur est percée à son sommet d'une ouverture à travers laquelle on peut faire pénétrer le doigt; d'autres fois, l'orifice, au lieu d'être arrondi, se présente sous la forme d'une fente antéro-postérieure donnant à l'ensemble de la tumeur l'aspect d'un fer à cheval. Dans ce cas, l'orifice, au lieu de regarder directement en bas, est dirigé obliquement en arrière. Curling attribue cette disposition à la traction exercée par le mésorectum sur la partie postérieure de la tumeur. On comprend toute l'importance de cette remarque anatomique, puisqu'elle peut servir à distinguer le prolapsus du rectum de l'invagination du côlon à travers l'anus. A la base de la tumeur, les auteurs signalent l'existence d'un sillon profond séparant le contour de l'anus de la portion invaginée et permettant l'introduction du doigt ou d'un stylet dans le rectum. Nous avons déjà vu plus haut que ce signe n'est pas constant et ne saurait servir d'une manière absolue à distinguer le prolapsus de la muqueuse du prolapsus de toutes les tuniques. Ce sillon n'existe, en effet, que lorsque la partie inférieure du rectum a conservé ses rapports normaux avec les parties voisines, et que la partie supérieure seule du rectum s'est déplacée.

Quelle que soit la variété de prolapsus à laquelle on ait affaire, il est encore un certain nombre de phénomènes dont nous devons dire quelques mots.

Toutes les fois que le prolapsus existe depuis un certain temps, on peut constater que la tonicité du sphincter est affaiblie et qu'il est facile d'introduire plusieurs doigts à travers l'anus sans causer la moindre souffrance au malade. Il en résulte que le prolapsus se reproduit avec facilité peu de temps après qu'il a été réduit. Enfin, il n'est pas rare d'observer, surtout chez les sujets âgés, une véritable incontinence des

matières fécales qui reconnaît comme cause, non seulement cette paralysie du sphincter anal, mais encore une diminution de la sensibilité de la muqueuse altérée dans sa structure; aussi, quand les matières fécales arrivent dans la partie inférieure du rectum, le malade n'a pas conscience de leur présence et les laisse échapper sans s'en apercevoir.

Le développement du prolapsus est généralement lent et progressif, du moins chez l'adulte et chez le vieillard. Au début, la réduction est spontanée, ou si facile, que le malade l'opère généralement lui-même. Mais plus tard, la tumeur augmente par degrés, et devient alors plus difficile à réduire, par cela même qu'elle est plus volumineuse, et lorsqu'on la fait rentrer, elle sort au plus léger effort; les cris, la toux, la station verticale longtemps prolongée, suffisent pour entraîner la muqueuse hors du rectum, et il devient nécessaire de la réduire avec les doigts.

L'excrétion des matières stercorales devient très-pénible; la position assise, la marche surtout, déterminent une gêne assez considérable pour empêcher tout travail. Quelquefois les malades ressentent des douleurs jusque dans les lombes et les cuisses. A ces phénomènes s'ajoutent des troubles variés du côté de la miction, consistant, le plus souvent, en un certain degré d'irritation vésicale, et quelquefois une rétention passagère de l'urine.

Enfin, si l'affection est abandonnée à elle-même, si la tumeur reste constamment au dehors, la muqueuse, sans cesse exposée à l'action de l'air, augmente encore de volume, s'irrite, s'ulcère, verse du sang et du pus, et devient irréductible. Peu à peu la santé s'altère, les digestions se font mal, le malade tombe dans la langueur et le marasme, la perte de sang l'épuise et amène la mort. Chez l'enfant, au contraire, il est rare que l'affection persiste, si on prend certaines précautions dès le début.

COMPLICATIONS. — Indépendamment des hémorroïdes qui accompagnent souvent le prolapsus chez l'adulte et chez le vieillard (surtout dans les cas de prolapsus simple de la muqueuse), et qui peuvent exposer le malade à des hémorragies sérieuses, quoique rares, nous devons signaler la coïncidence fréquente du prolapsus du rectum avec le prolapsus utérin. Ces deux affections peuvent être rapportées à la même cause: le relâchement des parties qui constituent le plancher du périnée.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les divers accidents inflammatoires qui peuvent survenir; qu'il nous suffise de dire qu'en outre des phénomènes d'irréductibilité consécutifs à l'inflammation, celle-ci peut à de certains moments, en se propageant à la séreuse abdominale, amener la mort par péritonite généralisée; la phlébite et l'infection purulente sont encore des accidents susceptibles de venir compliquer toutes les lésions graves de la région anale.

Une des plus redoutables complications est l'*irréductibilité* de la tu-