

meur, et, comme conséquence, son *étranglement* par les contractions du sphincter. Rare chez les enfants et chez les vieillards, en raison de l'affaiblissement du sphincter, cet accident est assez fréquent chez les adultes. On observe alors un ensemble de symptômes tant généraux que locaux, qui rappellent tout à fait ceux de l'étranglement intestinal. La portion d'intestin qui n'a pu être réduite devient le siège d'une infiltration inflammatoire plus ou moins considérable, suivie parfois aussi d'érosions et même de sphacèle de la portion procidente. A la chute des eschares, on peut observer des hémorragies assez sérieuses. Généralement, les phénomènes d'étranglement ne durent pas longtemps et cèdent au repos et à quelques applications émollientes. Mais, chaque fois que cet accident se renouvelle, l'infiltration devient plus considérable, et il peut finalement arriver que, si l'on n'intervient pas, toute la portion prolapsée tombe en gangrène. Il est vrai que si la tumeur ne contient pas de prolongement péritonéal, la gangrène n'entraîne pas une issue funeste et peut même constituer un mode de guérison; mais, le plus souvent alors, elle donne lieu à un rétrécissement cicatriciel du rectum, qui sera d'autant plus élevé que la portion d'intestin prolapsée aura été plus longue.

Une autre complication, sur laquelle il importe d'insister, est la possibilité de rencontrer une ou plusieurs anses d'intestin dans le cul-de-sac péritonéal entraîné en même temps que la tumeur. Cette hernie intestinale siège généralement à la partie antérieure de la tumeur. Allingham a observé sept fois cette complication, qui avait déjà été décrite par Uhde (1) sous le nom d'*hédrocèle*. D'après Uhde, le prolapsus, dans ces cas, présente une forme sphéroïdale ou la forme d'une crosse. Si l'on réduit la tumeur, elle rentre en produisant un bruit de gargouillement, et sous l'influence de la toux, la partie antérieure de la tumeur se gonfle momentanément (Gosselin). Suivant Allingham (2), un bon signe de la présence d'une anse d'intestin est la direction de l'orifice de la tumeur, qui regarde du côté du sacrum. Quand la tumeur est réduite, l'orifice revient aussitôt à sa situation normale dans l'axe de l'intestin. Allingham n'a jamais observé cette complication chez les enfants.

DIAGNOSTIC. — Il est en général facile. Dans les cas de prolapsus partiel peu prononcé, on pourrait croire à l'existence d'un polype ou d'hémorroïdes; mais on distinguera facilement les polypes à leur forme pédiculée, à leur couleur, et surtout à ce qu'il n'existe pas au centre de la tumeur un orifice qui permette de pénétrer plus profondément; les hémorroïdes, à ce qu'elles forment des saillies plus arrondies, plus séparées, plus nombreuses, plus bleuâtres que le prolapsus et qui saignent avec une grande facilité.

Le prolapsus du rectum peut être plus facilement confondu avec

(1) Langendek's, Arch: für F'risische Chirurgie, Berlin, 1867, t. IX, 1^{er} livre.

(2) Loc. cit., p. 175.

une invagination intestinale, et l'on comprend sans peine combien il importe, avant de faire l'excision partielle ou complète de la tumeur, de savoir exactement si l'on a affaire à une invagination du côlon ou à un simple prolapsus de la muqueuse rectale. L'invagination intestinale survient d'une manière subite et est fréquemment précédée ou suivie d'accidents, tels que nausées, vomissements, coliques; de plus, la tumeur a souvent des dimensions qu'atteint rarement le prolapsus rectal. Dans l'invagination, la base de la tumeur, au lieu d'être continue avec le pourtour de l'anus, comme dans la chute du rectum, lui est seulement contiguë, de telle sorte qu'on peut introduire le doigt entre la tumeur et l'orifice anal jusqu'à une certaine hauteur.

La difficulté du diagnostic réside surtout dans la distinction des deux variétés de prolapsus que nous avons admises. Il ne saurait y avoir d'hésitation au sujet de l'existence d'un prolapsus partiel, lorsque la tumeur forme un simple bourrelet annulaire ou un simple repli muqueux sur les côtés de l'anus. De même, si la tumeur est très-volumineuse, si elle dépasse 5 ou 6 centimètres de longueur, il est très-probable que le prolapsus comprend toutes les tuniques du rectum, quoique peut-être avec déplacement prédominant de la muqueuse. Nous avons déjà dit plus haut que l'existence ou la non existence d'un sillon séparant la tumeur du contour de l'orifice anal n'a pas une grande valeur pour différencier les deux variétés du prolapsus. Il importerait plus de savoir si la tumeur contient ou ne contient pas un prolongement du cul-de-sac péritonéal. Mais il n'est malheureusement aucun signe qui permette de reconnaître cette disposition. On ne saurait en être certain que dans le cas où l'on aurait constaté, par les signes que nous avons indiqués plus haut, la présence d'une ou de plusieurs anses intestinales au sein même de la tumeur.

PRONOSTIC. — Le prolapsus du rectum, lorsqu'il est récent, ne présente pas une grande gravité. Chez l'enfant, même lorsqu'il s'agit d'un prolapsus complet, ayant des dimensions considérables, on peut encore assez facilement obtenir la guérison; mais chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, un prolapsus volumineux est toujours une affection très-sérieuse, non-seulement en raison des complications qui peuvent survenir et mettre la vie du malade en péril, mais aussi en raison des dangers que présentent la plupart des procédés de traitement.

TRAITEMENT. — Quelquefois la simple mise en œuvre de certaines précautions, de certains soins, suffit pour empêcher le retour du prolapsus. C'est ce qui arrive assez fréquemment chez les enfants, et ce sont ces divers moyens que nous décrirons sous le titre de *traitement prophylactique*. Sous les noms de *traitement médical* et de *traitement chirurgical*, nous indiquerons successivement les différents remèdes et procédés opératoires qui ont été imaginés, soit pour combattre la cause efficiente du mal, soit pour en obtenir la cure radicale.

Traitement prophylactique. — Il consistera surtout à diminuer autant

que possible l'intensité des efforts au moment de la défécation. Dans ce but, on aura soin de surveiller les enfants à chaque garde-robe et de les relever aussitôt que les matières sont sorties, de les faire coucher sur le côté ou sur le dos au moment où ils manifestent le désir d'aller à la selle. Dans cette position, le prolapsus a beaucoup moins de tendance à se produire que dans la position assise ou accroupie, et il est en outre facile à la mère de surveiller l'anus et de faire rentrer immédiatement l'intestin dès qu'il fait un peu saillie.

On peut aussi recommander aux malades de n'aller à la selle que debout ou à genoux, car, dans cette position, les contractions du diaphragme et des muscles droits de l'abdomen compriment moins vivement le rectum, et l'anus cède moins facilement à la pression du bol fécal. On peut encore, au moment de l'expulsion des matières, soutenir avec deux doigts les bords de l'anus, ou mieux, attirer la peau qui le borde vers le centre, de manière à le rétrécir momentanément. Si l'enfant est suffisamment âgé, il pourra remplir lui-même ces différentes indications. Une autre précaution consiste à ne se présenter à la selle, autant que possible, qu'au moment de se coucher. De cette façon le prolapsus, réduit durant toute la nuit, aura moins de tendance à se reproduire sous l'influence de la marche.

Chez l'enfant, ces diverses précautions, continuées pendant un certain temps, amènent fréquemment une guérison définitive.

Traitement médical. — Il doit surtout s'appliquer à combattre la cause du mal. Si donc le relâchement du sphincter est dû à une extrême débilité, il faut tout d'abord reconstituer l'économie par l'emploi des toniques : huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop de gentiane, préparations ferrugineuses, etc. Si la constipation, la diarrhée, la dysenterie ont précédé le prolapsus du rectum, il faut combattre ces causes par les moyens appropriés et qui ne sauraient être indiqués ici. Quand ce sont des vers qui titillent le rectum et en excitent les contractions, des oxyures vermiculaires, par exemple, on les expulsera par des boisons amères, des pilules de jalap et de calomel, des lavements d'eau froide, de sublimé corrosif, etc.

Traitement chirurgical. — Lorsque le prolapsus persiste après que la cause a disparu, il est certain qu'il est entretenu par le relâchement de l'intestin, et c'est sur le rectum lui-même que l'on doit agir.

La réduction de la portion procidente du rectum est le premier temps de toute intervention chirurgicale. Elle est très-facile lorsque la procidence est récente, et ce sont en général les malades eux-mêmes qui l'opèrent en comprimant la tumeur entre leurs doigts. Les femmes du peuple, dit Vidal (de Cassis), qui veulent faire rentrer le boyau à leurs enfants, les placent entre leurs jambes, la tête basse, les fesses relevées, et elles malaxent la tumeur, qu'elles finissent par faire rentrer. Bouchut conseille de couvrir le bourrelet avec un linge fin, enduit de cérat, puis de pousser le doigt vers l'orifice, de manière à faire

rentrer la tumeur; une fois réduite, on maintient les parties d'une main pendant qu'on retire le doigt et le linge introduits dans l'anus.

Malgré ces moyens, dès que le prolapsus est un peu considérable ou qu'il y a un peu d'engorgement de la tumeur, la réduction devient souvent difficile. On peut alors essayer de diminuer le volume de la tumeur en la comprimant pendant quelques instants avec la main, largement huilée, puis lorsque ce résultat paraît obtenu, on renouvelle les tentatives de réduction. Giraldès conseille de coucher l'enfant sur le côté, les cuisses fléchies, d'introduire un doigt dans l'orifice de la tumeur et de le malaxer avec une compresse trempée dans l'eau froide. On profite du moment où l'enfant exécute une grande inspiration pour faire rentrer la muqueuse prolapsée. Ashton préconise la position dite *à la vache* et qui consiste à faire placer le malade à genoux et de manière que, s'appuyant en avant sur ses coudes et abaissant la tête et le thorax, il relâche le plus possible les parois de l'abdomen, et rende la tension abdominale aussi faible que possible.

Les mêmes manœuvres et les mêmes moyens devront être employés dans le traitement du prolapsus chez l'adulte; mais, tandis qu'ils réussissent souvent à guérir la procidence chez l'enfant, ils sont le plus souvent inefficaces chez l'adulte. Pour les cas où la tumeur offre des dimensions considérables, Lepelletier de la Sarthe a conseillé d'introduire dans l'orifice anal, une très-longue canule en gomme élastique, portant un renflement bulbeux, assez volumineux pour chasser au-devant d'elle l'intestin invaginé et le faire remonter non-seulement au-dessus de l'anus, mais jusque au-dessus du siège de l'invagination.

Si enfin, malgré tous les moyens, la réduction était impraticable, on pourrait, chez les enfants, s'aider de l'anesthésie et avoir recours au débridement du sphincter, en l'incisant de l'un des deux côtés de l'anus. Malheureusement, ce moyen n'est pas toujours inoffensif et Cruveilhier l'a vu être l'origine d'un abcès du foie.

Beaucoup de chirurgiens, pour faciliter la réduction, emploient les astringents. Ils appliquent sur la muqueuse, au moyen d'un tampon de ouate, une solution d'un sel de fer, de ratanhia, d'alun, de tannin, une décoction de roses de Provins, d'écorce de chêne, etc... Ces mêmes substances, sous forme d'injections, sont également utiles, après la rentrée de l'intestin, pour maintenir la réduction. Dans ce but, les suppositoires au tannin sont d'un emploi très-commode.

Les bains froids de rivière, les bains de mer, les bains de siège froids, les lavements d'eau froide et même glacée, sont d'un usage fréquent. On a même proposé l'application directe de la glace sur la région anale. Chassaignac (1) introduit dans l'anus un morceau de glace, que Diday conseille d'envelopper dans un petit sac de baudruche préalablement huilé, de manière à ne pas blesser l'intestin. Ce moyen donne lieu à des

(1) Suppositoire de glace dans la chute du rectum (*Gaz. des hôpit.*, 1848 p. 7,

sensations très-désagréables, et, en cas d'inflammation et d'étranglement de la tumeur, peut en favoriser la mortification. Quelques chirurgiens ont conseillé, dans ces cas, l'application de sangsues ou de scarifications sur la tumeur; cette pratique est dangereuse en raison de l'hémorrhagie à laquelle elle expose, et il est infiniment préférable d'avoir recours aux émollients, aux grands bains, aux cataplasmes, etc.

Après la réduction, il faut maintenir l'intestin en place. Pour cela, on prescrira au malade le repos complet au lit, et on maintiendra la réduction au moyen d'un tampon de charpie ou de ouate, fixé à l'aide d'un bandage en T, ou on appliquera un bandage mécanique, dont la pelotte viendra presser sur la région anale.

Quelques médecins, frappés de l'état de relâchement du muscle sphincter, se sont efforcés de lui rendre sa tonicité, espérant ainsi prévenir la reproduction de la procidence. On a conseillé dans ce but la *strychnine*, l'*ergotine* et l'*électricité*.

La *strychnine*, à l'intérieur, a été préconisée par Schwartz (1). Pour les enfants, il recommande une solution de 10 centigrammes de noix vomique pour 10 grammes de véhicule, dont on administre de 6 à 10 gouttes de quatre en quatre heures. Chez les enfants assez âgés, on porte la dose jusqu'à 15 gouttes, et, même après que le mal a cédé, on en continue l'usage de deux petites doses par jour, pendant une semaine, pour assurer la guérison. Cette méthode compte des succès, non-seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes.

Duchaussoy (2) eut l'idée d'appliquer la strychnine par la méthode endermique. Il établissait de chaque côté de l'anus un petit vésicatoire à l'ammoniaque et pansait ensuite le derme dénudé avec 1 centigramme d'abord, puis 2, puis 3 centigrammes de sulfate de strychnine. On a réussi par ce moyen à rendre au sphincter sa tonicité et à guérir le prolapsus.

Dolbeau et Foucher (3) ont eu recours à la méthode hypodermique, et ont obtenu quelques succès en injectant au pourtour de l'anus avec la seringue de Pravaz, 2 ou 3 gouttes d'une solution de strychnine au millième. Enfin, plus récemment, Vidal a préconisé l'usage de l'ergotine administrée de la même manière, et dont il aurait observé plusieurs fois les bons effets.

L'emploi de la strychnine et de l'ergotine semblent en somme avoir procuré des succès, mais on peut craindre avec Giraldès que les résultats obtenus ne soient que temporaires et qu'une récidive prompte ne suive généralement l'amélioration du début.

L'*électricité* employée pour rendre la contractilité au muscle sphincter

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1836, t. XI, p. 31.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1855, XLV, et *Arch. génér. de médecine*, 1853, t. II, p. 327.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, 1860, et in *Mon. des sc. méd. et pharm.*, t. II, 1860.

a fourni de bons résultats entre les mains de Duchenne (de Boulogne) (1), chez un malade de service de Ph. Boyer, qui paraissait guéri au bout de dix séances, mais il fut perdu de vue dans la suite.

Demarquay (2) a employé la galvano-puncture, et a réussi à rendre chez plusieurs malades la contractilité au muscle sphincter. Gosselin a obtenu aussi un bon résultat de l'électro-puncture en employant des courants intermittents, qu'il faisait passer à travers des aiguilles enfoncées dans le sphincter des deux côtés de l'anus.

Malgré les succès fournis par l'électricité, on doit faire observer que son application est très-douloureuse, et que certains malades ne veulent pas s'y soumettre plus d'une séance.

Lorsque tous les moyens qui peuvent empêcher la reproduction du prolapsus ont échoué, on peut se borner, si l'on ne veut avoir recours à une opération, à maintenir la tumeur réduite au moyen d'un bandage approprié. Un grand nombre d'appareils ont été employés dans ce but.

Boyer se servait d'un appareil à bretelles élastiques, prenant leur point d'appui sur les épaules et supportant une pelote molle, convexe du côté de l'anus. Allingham préconise un coussin d'air en caoutchouc, qu'il fixe au moyen d'un bandage en T. Mollière donne la préférence au *bandage hémorrhoidal* (fig. 99), tandis que Trélat et Delens préfèrent une pelote en gomme ou en ivoire, supportée en arrière par un ressort et maintenue en avant par des sous-cuisses.

Gross, dans les cas de prolapsus permanent, conseille la pratique de Abbot (de Boston), et applique transversalement sur la région anale, une bande de taffetas d'Angleterre, de 7 à 8 centimètres de longueur et de 2 centimètres de largeur, de manière à fournir un point d'appui aux fibres affaiblies du sphincter. Le pansement est renouvelé après chaque selle.

Enfin, viennent les pessaires.

On en a imaginé un grand nombre, depuis la vessie que Blegny,

Morgagni et Luret introduisaient

vide dans le rectum et remplissaient d'air, le morceau de liège soigneusement poli et arrondi, proposé par Gervais (3), jusqu'aux pessaires en caoutchouc vulcanisé, qui sont employés actuellement. Dans un cas de prolapsus permanent, une simple mèche de charpie enduite de cérat, introduite dans le rectum et maintenue par un tampon de charpie et un bandage en T, remplirait beaucoup mieux les indications.

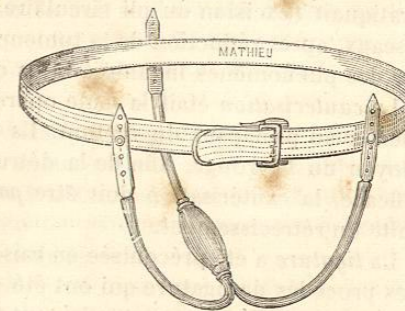


FIG. 99. — Bandage hémorrhoidal.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1853, t. XLV, p. 502.

(2) *Revue de thérap. méd. chirurg.*, 1855, p. 24.

(3) *Journal des connaissances chirurgicales*, 1839, 6^e année, p. 67.

Les moyens proposés pour la guérison définitive du prolapsus sont très-nombreux, et rien ne montre mieux l'inefficacité de la plupart d'entre eux que leur nombre même.

Ces moyens chirurgicaux consistent, soit à retrancher les parties qui sont habituellement procidentes à l'extérieur, soit à chercher à établir des adhérences entre la muqueuse et la tunique musculaire sous-jacente, dans le but d'empêcher l'issue extérieure de l'intestin; soit enfin de retrécir l'anus pour empêcher l'issue de l'intestin, sans toutefois gêner la défécation.

1° *Procédés consistant dans l'ablation de la tumeur.* — Ils ont pour but d'imiter ce qui se produit quelquefois spontanément à la suite d'étranglement. En effet, l'élimination de la tumeur par sphacèle est souvent suivie d'une guérison radicale. Mais, en revanche, ces procédés, s'ils peuvent réussir, font courir des dangers si considérables au malade, qu'il est souvent plus sage de ne pas y avoir recours.

L'*excision*, au moyen de l'instrument tranchant, a été préconisée en 1833, par Ricord. Ce procédé expose non-seulement à une hémorrhagie immédiate, mais aussi à une hémorrhagie interne secondaire, aux abcès et à l'infection purulente.

Malgaigne se bornait à exciser des replis de muqueuse, qu'il saisissait avec des pinces, de manière à rétrécir la muqueuse du rectum et à prévenir son issue au dehors. Ce procédé réussit en créant un rétrécissement dont on peut calculer d'avance le calibre. D'après Giraldès, Hey pratiquait l'excision du pli circulaire qui entoure l'anus, au moyen de ciseaux, après réduction de la tumeur, dans l'espérance de voir se déclarer des phénomènes inflammatoires qui rétréciraient l'intestin.

La *cautérisation* était la seule opération connue des anciens pour remédier au prolapsus du rectum. Ils cautérisaient toute la tumeur au moyen du fer rouge, afin de la détruire complètement. Mais pour être efficace, la cautérisation doit être *partielle*, sous peine d'entraîner à sa suite un rétrécissement.

La *ligature* a été préconisée en raison de la crainte des hémorrhagies. Les procédés de ligature qui ont été mis en usage sont des plus variés; mais cette méthode est actuellement fort peu employée et ne serait tout au plus indiquée que pour enlever une tumeur dure et dégénérée. En effet, ce procédé est très-douloureux, et s'il met à l'abri de l'hémorrhagie, il prédispose à d'autres accidents plus graves encore, tels qu'une violente inflammation, et même la gangrène, dans le voisinage des parties étranglées.

Mollière pense que la *ligature caustique*, qui a fourni de bons résultats, dans l'amputation de l'utérus renversé et le traitement de l'anus contre nature, pourrait être appliquée avec avantage au traitement du prolapsus du rectum. Il conseille l'usage de l'entérotome de Dupuytren, garni de pâte de Canquoin, ou bien l'instrument imaginé par Valette pour le traitement du varicocèle.

A côté de la ligature, nous devons placer l'*écraseur linéaire* de Chassaing. Le malade étant chloroformé, on commence par appliquer une anse de fil autour de la tumeur, de manière à la pédiculiser; puis la chaîne de l'écraseur étant placée au même niveau que le fil, on fait manœuvrer l'instrument à raison d'un cran par quart de minute. Lorsque la tumeur est détachée, on refoule au-dessus de l'anus les portions d'intestin qui font encore saillie. Ce procédé met à l'abri de l'hémorrhagie, mais expose à intéresser le cul-de-sac péritonéal dans les cas où il est abaissé au-dessous de l'anus.

2° *Procédés consistant à provoquer la formation d'adhérences entre la muqueuse et la tunique musculaire du rectum.* — Dans le but de déterminer ces adhérences, on a proposé de pratiquer des incisions longitudinales et profondes sur la tumeur; mais ce procédé a été abandonné sans doute par crainte des hémorrhagies, et on lui a substitué la cautérisation dans ses différents modes. Marc-Aurèle Séverin et Dionis employaient le fer rouge. Kluyskens introduisait le cautère actuel dans l'orifice de la tumeur. Bryant fait une cautérisation linéaire de la tumeur au moyen du galvano-cautère. Boutié rapporte dans sa thèse que le professeur Gaujot, du Val-de-Grâce, fait avec un cautère cutellaire, préalablement rougi à blanc, sur chaque face latérale de la tumeur, une raie de feu longitudinale, allant depuis le rebord cutané jusqu'au sommet du bourrelet formé par la muqueuse, et assez profonde pour détruire le tissu sous-muqueux dans toute son épaisseur et amener une eschare dont la cicatrice doit se faire aux dépens du tissu musculaire sous-muqueux. La cautérisation de la face antérieure de la tumeur exposerait le malade à des inflammations du côté du bulbe ou du col de la vessie.

Allingham est d'avis de suivre la pratique du docteur van Buren (de New-York), qui applique le cautère actuel sous forme de cautérisation ponctuée ou linéaire, tout à la fois sur la tumeur et sur le pourtour de l'anus, au niveau du sphincter externe, de manière à produire une rétraction des tissus et à soutenir ainsi l'intestin.

Nous croyons qu'il est préférable, si l'on veut avoir recours à la cautérisation par le feu, de suivre l'exemple de Henry Smith (1). Quelques replis de muqueuse sont saisis entre les cuillers d'un clamp, et tout ce qui dépasse est excisé avec des ciseaux, puis on cautérise la surface sectionnée.

La cautérisation peut encore se pratiquer à l'aide des *caustiques*, et elle est d'un emploi avantageux chez les enfants, lorsque, malgré le traitement médical institué, le prolapsus continue à se produire. Le caustique le plus généralement employé est l'acide nitrique, qui a été préconisé pour la première fois par le docteur Jaesche (2) (de Munich).

(1) *The Surgery of the rectum*, Londres, 1871, 3^e édition.

(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1846, t. XIV, p. 253.

Ce chirurgien imbibait d'acide sulfurique ou d'acide azotique un tampon qu'il plaçait sur l'anus, en ayant soin de l'enfoncer de quelques lignes dans l'intestin. Aichin (1), en Angleterre, introduisait un spéculum bivalve dans l'anus, en écartait les branches et portait un morceau d'étoffe imbibée d'acide nitrique dans son intérieur. Au bout de dix secondes, il remplaçait le tampon par un morceau de glace enveloppé dans un linge. Il obtenait, de cette façon, deux eschares linéaires. Allingham touche avec l'acide nitrique concentré toute l'étendue de la tumeur en prenant soin d'éviter le pourtour de l'anus. La tumeur est ensuite huilée et remise en place, et le rectum tamponné avec du coton. On applique extérieurement un tampon de ouate fixé par un bandage. Pendant quatre jours on prévient les garde-robes au moyen de quelques préparations opiacées, et, enlevant alors le pansement, on donne un peu d'huile de ricin. Suivant Allingham, ce traitement donne de très-bons résultats chez l'enfant, mais il n'en est déjà plus de même chez l'adulte. Chez ce dernier, on doit employer l'acide nitrique fumant, ou mieux encore le nitrate acide de mercure; mais la guérison n'est souvent que momentanée. Comme chez l'enfant, l'intestin doit être huilé avant d'être réduit, et la constipation maintenue pendant quelques jours. Chez les individus âgés ou d'une constitution délabrée, les applications très-larges d'acide sont à éviter, parce qu'il peut en résulter un rétrécissement consécutif du rectum ou une hémorrhagie sérieuse, au moment où l'eschare se détache.

Allingham s'est également servi quelquefois d'acide phénique concentré. Cet acide, ne donnant pas lieu à des eschares, peut être appliqué tous les jours; mais l'effet produit n'est pas aussi durable que celui qu'on obtient au moyen du nitrate acide de mercure.

Les *injections caustiques*, conseillées autrefois, doivent être proscrites d'une manière absolue.

3° *Procédés s'adressant au sphincter ou au plancher périnéal.* — De toutes les méthodes à l'aide desquelles on a eu l'idée de rétrécir l'orifice anal, la plus anciennement connue est la *cautérisation au fer rouge*.

Guersant, afin de rendre au sphincter sa tonicité, conseille d'appliquer quatre boutons de feu, disposés en croix, au pourtour de l'anus, au point où la muqueuse et la peau viennent se confondre. Ce procédé agit, soit en réveillant la contractilité et la tonicité des fibres musculaires, soit en produisant quatre petites cicatrices rétractiles sur les bords de l'anus. Quelquefois une seconde cautérisation est nécessaire pour la guérison, qui, à peu d'exceptions près, est la règle chez les enfants.

L'*excision rayonnée des plis de l'anus* a été proposée et pratiquée pour

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1855, n° 80.

la première fois par Dupuytren (1). Cette opération consiste à saisir successivement avec des pinces à dissection, à droite et à gauche, et même en avant et en arrière, un certain nombre des plis rayonnés de l'anus, et de les exciser avec des ciseaux courbes sur le plat. Il est bon d'exciser jusque dans l'orifice même et de ne pas craindre d'enlever une petite portion de muqueuse. On doit à ce procédé un assez grand nombre de succès. Il a l'avantage d'être expéditif, peu douloureux, et de ne réclamer aucun soin consécutif. La cicatrisation des petites plaies amène un resserrement de l'orifice anal, qui doit s'opposer à la sortie ultérieure de l'intestin. Mais ce procédé présente aussi certains inconvénients; il expose à l'érysipèle, au phlegmon diffus, et, si l'on excise trop de muqueuse, à une hémorrhagie; enfin, on n'obtient souvent que des guérisons temporaires, la récurrence survenant après un temps variable.

Signalons en terminant le procédé de Robert (2) pour la cure radicale du prolapsus du rectum. Ce chirurgien, après avoir préparé le malade à supporter une longue constipation, pratique deux incisions, qui, partant de la pointe du coccyx ou un peu en avant de cette pointe, et divergeant en V, viennent aboutir sur les parties latérales de l'anus. On dissèque soigneusement le lambeau compris entre les incisions, puis on excise la partie postérieure du sphincter anal. Après avoir pratiqué ainsi une large perte de substance, on réunit les deux lèvres de la plaie à l'aide de trois points de suture enchevillée, en ayant soin d'embrasser avec des aiguilles courbes toute la profondeur des tissus divisés, et d'affronter les surfaces. Ce procédé a donné quelquefois des guérisons durables, mais il ouvre la porte à tous les accidents des plaies.

§ IX. — Rétrécissements du rectum.

Les anciens confondaient toutes les coarctations du rectum avec le cancer ligneux, le squirrhe; ce fut Morgagni qui, l'un des premiers, jeta quelque jour sur les causes de cette affection, et sut découvrir les rapports fréquents qu'elle présente avec l'infection syphilitique.

L'influence de cette diathèse, après avoir été longtemps débattue, est aujourd'hui généralement admise, mais on discute encore sur la nature même des rétrécissements que l'on observe chez les syphilitiques, et la plupart des mémoires publiés depuis quelques années ont eu pour objet de déterminer la pathogénie de ces rétrécissements.

(1) *Clin. chirurg.*, t. IV, p. 149.

(2) *Bull. de l'Académie de médecine*, 1843, t. X, p. 88.