

le danger d'hémorragie. Ce procédé est surtout vivement conseillé par ESMARCH, et il mérite certainement les louanges qu'on lui a décernées lorsqu'on use des précautions que nous venons d'indiquer. L'emploi de l'écraseur n'atteint pas aussi bien le but, et il a été assez souvent suivi de rétrécissements du rectum, ainsi que l'avouent même ses partisans ; ce fait n'a, d'ailleurs, rien d'étonnant si l'on songe à l'incertitude de ce procédé relativement à l'étendue de muqueuse qui se trouve saisie par l'instrument. D'autre part, l'écraseur n'offre aucune garantie contre l'hémorragie et la pyémie.

Par contre, la **ligature** donne plus de sécurité à ce double point de vue. A en croire les auteurs anglais, l'hémorragie et la pyémie sont à peu près inconnues à la suite de la ligature convenablement appliquée ; LANE et GOWLAND n'ont eu que 3 morts (de tétanos) sur 854 malades opérés par la ligature. ALLINGHAM assure même que sur 3123 malades opérés par ce procédé à l'hôpital Saint-Marc, 5 seulement ont succombé et toujours au tétanos. Sur les 1450 dernières opérations aucune n'a été suivie de mort. Une condition très importante sur laquelle SYME a particulièrement insisté, c'est que la ligature pratiquée avec un fort fil de chanvre ou de soie, produise une constriction suffisante pour interrompre toute circulation et provoquer sûrement la gangrène de la tumeur ; en effet, il suffit que l'un ou l'autre vaisseau soit resté perméable, pour que l'infection soit possible lors de la fonte gangréneuse de la masse comprise dans la ligature. Une fois la tumeur fortement liée, peu importe qu'on la réduise en totalité ou qu'on en excise la plus grande partie avant la réduction.

Les Anglais se servent souvent maintenant d'un procédé qui permet de produire plus sûrement une constriction parfaite de la tumeur (SALMON). Celle-ci est attirée au moyen d'une érigue à triple crochet, puis on incise la muqueuse à la limite de la peau, et l'on détache la tumeur de la couche musculaire de façon à la pédiculiser (les vaisseaux arrivent de haut en bas dans la masse hémorroïdaire) ; une forte ligature est alors appliquée sur le pédicule de la tumeur. Ce procédé a été conseillé dernièrement par STARKE à la suite des bons résultats qu'il en a obtenus à l'hôpital de la Charité (Berlin). Après désinfection préalable du champ opératoire, il fait une ligature de soie phéniquée ou de catgut. Il fait toujours précéder l'opération de la section du sphincter qu'il pratique au niveau du raphé postérieur. Après avoir lié toutes les nodosités, il introduit dans le rectum un drain dont il entoure l'extrémité inférieure de ouate (ou de jute) salicylée. Le pansement est fixé à l'aide d'une bande compressive. Puis le malade est soumis à une diète sévère pendant une à deux semaines et on lui fait prendre de l'opium à l'intérieur.

Prolapsus de l'anüs et du rectum.

§ 187. Pour qu'un prolapsus de la muqueuse (prolapsus anal) ou de

toute l'épaisseur des parois rectales soit possible, il est nécessaire qu'un relâchement se produise dans l'union de la muqueuse ou des parois entières avec les tissus sous-jacents¹. Dans ces conditions la procidence de la muqueuse ou de toutes les tuniques du rectum est favorisée par une *dilatation relative de l'anüs* survenue à la suite de l'allongement des téguments de la région anale et du relâchement des sphincters. Cependant l'orifice anal n'est pas nécessairement dilaté, car, pendant la défécation, cet orifice s'ouvre suffisamment pour laisser passer, après les matières fécales, des replis de la muqueuse ou des portions du rectum avec toutes ses tuniques. D'autre part, lorsque, dans la région des sphincters, la muqueuse devient le siège d'un gonflement inflammatoire, le bourrelet ainsi formé peut faire procidence au dehors, et cela avant tout parce qu'il ne trouve pas un espace suffisant dans l'intérieur de l'anüs. Nous en avons déjà parlé antérieurement, et nous avons dit que l'on pouvait, avec assez de justesse, comparer cet état pathologique à l'ectropion dit sarcomateux que l'on observe aux paupières (ROSER). Le **prolapsus anal** qui se produit dans ce cas n'est pas annulaire ; de même le prolapsus de la muqueuse qui accompagne assez souvent les hémorroïdes internes procidentes, dont nous avons parlé dans les paragraphes précédents, n'affecte pas toujours la forme d'un anneau, mais est parfois limité au voisinage immédiat de la tumeur hémorroïdale. Mais abstraction faite de ces derniers cas, la tuméfaction de la muqueuse, conséquence de la stase sanguine due elle-même à la dilatation des veines hémorroïdales, est la cause principale du *prolapsus simple de la muqueuse anale*. Une fois que les replis gonflés et hyperémiés de la muqueuse ont fait saillie hors de l'orifice anal, si l'on ne réussit pas, après réduction, à les maintenir dans l'intestin, la stase sanguine et la tumeur tendront à augmenter grâce à la gêne de circulation produite par le sphincter ; d'autre part, les diverses causes d'irritation auxquelles est exposée la muqueuse procidente, ne peuvent qu'agir dans le même sens.

Parfois il est difficile de tracer la limite entre les deux formes de prolapsus, de reconnaître si dans un cas donné, l'on a affaire à un **prolapsus anal**, c'est-à-dire à la simple procidence de la muqueuse, ou bien à un **prolapsus du rectum**, c'est-à-dire à la procidence de toute l'épaisseur des parois rectales sur une étendue plus ou moins grande. Lorsque le prolapsus est d'un volume considérable, le diagnostic est toujours facile ; il s'agit constamment dans ces cas d'un prolapsus du rectum. Ce dernier se produit, du reste, dans les mêmes conditions que la procidence de la muqueuse. Les états pathologiques entraînant un relâchement des

1. La procidence de la muqueuse est aussi désignée sous le nom de prolapsus partiel, et la procidence de toutes les tuniques du rectum sous celui de prolapsus complet. FOLLIN et DUPLAY, à l'exemple de GOSSELIN, se servent des termes de prolapsus de la muqueuse et de prolapsus invaginé. (Note du traducteur.)

moyens de fixation de l'intestin et se compliquant le plus souvent d'une faiblesse relative des sphincters, jouent le rôle principal dans la pathogénie du prolapsus rectal.

Le prolapsus du rectum s'observe particulièrement chez les enfants faibles à la suite de diarrhées. Le rectum infantile n'est pas encore maintenu solidement dans sa position par le tissu conjonctif périphérique, et lorsque les selles sont fréquentes, l'appareil moteur s'adapte aux nouvelles conditions, en ce sens que le sphincter ne se contracte plus avec la force nécessaire. De même il n'est pas rare d'observer des procidences de l'an us et du rectum à la suite de difficultés de la miction exigeant une action relativement énergique et fréquente des muscles abdominaux. Ce sont surtout les calculs vésicaux qui, chez les enfants, jouent sous ce rapport un rôle étiologique important. De même, chez l'adulte, les calculs, les rétrécissements de l'urètre et autres obstacles du même genre, favorisent l'invagination du rectum.

Ce sont les prolapsus survenant chez les individus âgés qui se rapprochent le plus de ceux des enfants au point de vue pathogénique (laxité du tissu conjonctif entourant le rectum, diminution d'énergie des sphincters); un certain nombre d'entre eux sont réductibles, tandis que, dans d'autres cas, la réduction ne tarde pas à devenir impossible. D'autre part, le prolapsus chez l'adulte peut être la conséquence d'états pathologiques qui favorisent la congestion et le gonflement par stase de la partie inférieure du rectum, ainsi que la dilatation de l'an us et le relâchement du tissu conjonctif. Mentionnons sous ce rapport la grossesse, les accouchements et les congestions hémorroïdales de longue durée. Enfin nous devons signaler également les cas rares dans lesquels l'intestin a été attiré peu à peu au dehors par une tumeur implantée sur la muqueuse rectale.

Lorsque le prolapsus est complet, il entraîne après lui le cul-de-sac péritonéal connu sous le nom de repli de Douglas (plica Douglasii), c'est-à-dire la partie du péritoine qui tapisse la cavité comprise entre la vessie et le rectum chez l'homme, et entre l'utérus et cette même partie de l'intestin chez la femme; ce cul-de-sac péritonéal se trouve alors attiré dans l'espace de tissu conjonctif situé entre les organes que nous venons d'indiquer et forme une poche profonde (voir fig. 21). Il est évident que cette poche péritonéale qui arrive peu à peu jusqu'au niveau ou même au delà de l'orifice anal, est de la plus grande importance pour le pronostic du prolapsus, d'autant plus que des parties du contenu de l'abdomen — intestin grêle, ovaire, etc. — pénètrent assez souvent dans le cul-de-sac, et arrivent à la surface dans l'intérieur de la partie procidente pour constituer une **hernie rectale** ou **hétérocèle**.

Le prolapsus du rectum se produit tantôt seulement au moment de la défécation, tantôt à chaque effort de pression abdominale, quelle qu'en soit la cause. La réduction se fait spontanément ou est opérée facilement par les doigts du malade. Dans d'autres cas, la partie procidente reste au dehors ou s'échappe de nouveau aussitôt après avoir été réduite; elle augmente alors peu à peu de volume jusqu'à atteindre les dimen-

sions d'une tête. Elle a la forme d'un boudin, mais tend à se rapprocher de la forme globuleuse lorsque le prolapsus se complique d'une hernie rectale. La muqueuse exposée aux diverses causes d'irritation, devient d'abord facilement le siège d'ulcérations superficielles qui tendent à se creuser peu à peu et saignent facilement. Au bout d'un certain temps, il est vrai, la muqueuse s'adapte aux nouvelles conditions, elle se dessèche, devient dure, résistante et prend l'aspect de la peau. Le **prolapsus anal** peut être facilement reconnu lorsqu'il comprend, soit un seul repli latéral de la muqueuse, soit quelques uns seulement de ces replis. Lorsqu'il a une forme annulaire, il n'est constitué le plus souvent que par les replis les plus inférieurs. Le bourrelet de muqueuse n'est pas aussi épais et consistant que lorsqu'il s'agit d'un prolapsus de toutes les tuniques du rectum, et, d'autre part, l'an us n'est pas, en général, aussi fortement renversé au dehors, au niveau de la limite de la peau avec la muqueuse. Lorsque la partie procidente est plus volumineuse, la distinction entre les deux formes de prolapsus devient plus difficile. Le **prolapsus rectal** présente au sommet de la tumeur procidente une ouverture qui laisse pénétrer le doigt et par laquelle se font les évacuations alvines. Au niveau du prolapsus, il existe naturellement une double épaisseur de parois intestinales; aussi la partie procidente est-elle beaucoup plus massive, plus compacte que lorsqu'il s'agit d'un simple prolapsus de la muqueuse. Extérieurement le prolapsus rectal ressemble dans certaines circonstances à l'**intususception** ou **invagination** d'une partie plus élevée de l'intestin (S iliaque ou colon descendant) dans le rectum et de ce dernier à l'extérieur à travers l'orifice anal. La partie invaginée est parfois aisément reconnaissable à la légère courbure qu'elle présente par le fait de la traction du mésocolon. Mais le moyen de diagnostic le plus sûr, c'est l'exploration de l'anneau du sphincter autour de la partie procidente. Dans le prolapsus, la partie la plus inférieure de l'intestin jusqu'à l'orifice anal se trouve renversée en dehors; le doigt ne peut, par conséquent, pénétrer entre le bord de l'an us et la partie procidente, tandis qu'on peut parfaitement l'introduire dans un sillon profond existant à ce niveau dans les cas d'invagination.

Du reste, on peut observer aussi une invagination de la partie supérieure du rectum lui-même à travers l'an us. Le cul-de-sac circulaire, formé par le point de réflexion de la partie invaginante sur la partie invaginée, se trouve alors situé à une distance de l'an us que l'on peut fort bien atteindre avec le doigt.

§ 188. — On doit chercher, autant que possible, à prévenir la formation du prolapsus de l'an us et du rectum. On arrive assez souvent au but en s'adressant aux causes de l'affection, et cela dans la majorité des cas de prolapsus, c'est-à-dire dans ceux qui se produisent chez les enfants à la suite de diarrhées, de calculs de la vessie. Presque toujours alors, la partie procidente se réduit spontanément dès que l'on a mis fin à la