

diarrhée ou extrait le calcul par voie opératoire. De même, les bourrelets de la muqueuse anale qui apparaissent à l'extérieur chez les individus affectés d'un rétrécissement de l'urètre, disparaissent après la guérison de ce dernier. Dans tous les cas, le devoir du médecin est d'opérer la réduction du prolapsus, lequel, nous l'avons vu, se produit le plus souvent dans l'accomplissement de certaines fonctions exigeant des efforts de pression abdominale. La réduction est généralement facile dans ces cas; lorsque la partie procidente est petite, il suffit de la refouler simplement avec les doigts, le malade étant couché; si la tumeur est plus volumineuse, il est de règle de commencer la réduction par la partie la plus inférieure sortie en dernier lieu, et l'on fera alors coucher le malade sur le ventre afin d'obtenir le relâchement des parois abdominales. Si l'on n'arrive pas au but par ce moyen, on aura recours à l'anesthésiation du malade. L'emploi du chloroforme est surtout indiqué lorsque la partie procidente est comprimée par les sphincters et considérablement tuméfiée, ou que des anses d'intestin se trouvent comprises dans le prolapsus étranglé. Dans ce dernier cas on peut même se trouver dans la nécessité d'inciser le raphé, ou bien de sectionner le sphincter mis à nu au niveau de la base de la tumeur.

Si l'on a affaire à une procidence de la muqueuse due essentiellement à un gonflement et à un œdème chroniques des replis de cette membrane au niveau de l'orifice anal, on cherche à diminuer le volume du bourrelet par une cautérisation superficielle avec le crayon de nitrate d'argent, avant d'en opérer la réduction. Si le prolapsus se reproduit à chaque mouvement du malade ou reste constamment au dehors, ce n'est point encore un motif, du moins chez les enfants, pour s'adresser à des opérations graves dans le but d'obtenir une guérison radicale. Le devoir du chirurgien est de chercher tout d'abord, au moyen d'un bandage, à maintenir le prolapsus réduit ou tout au moins à l'empêcher de prendre de plus grandes proportions, jusqu'au moment où il disparaît grâce à la guérison de l'affection primitive dont il est sous la dépendance. Assez souvent il suffit d'appliquer sur l'orifice anal, après réduction, une éponge que l'on fixe par une bande en T. Les anciens prolapsus incurables du rectum exigent aussi, assez souvent, l'emploi d'un appareil de soutien de l'intestin. Ce dernier consiste en une bande en T, dont la branche verticale passe sous le périnée (celles en tissu élastique sont les plus pratiques), et en une pelote consistant de préférence en une petite boule en gomme élastique (ESMARCH) appliquée sur l'orifice anal; ou bien on adapte à une ceinture pelvienne un ressort qui descend verticalement et porte à son extrémité une pelote, de façon à n'exercer de pression que sur l'anus; enfin on donne parfois à la pelote la forme d'une poire que l'on introduit dans le rectum lui-même. Des tentatives de guérison radicale ont été faites, on le comprend facilement, dans deux directions différentes. Les opérations qui ont été pratiquées dans

ce but ont, en effet, consisté ou bien à enlever la muqueuse procidente elle-même, ou bien à rétrécir l'orifice anal de façon que le prolapsus ne tende pas à se reproduire.

Pour atteindre le premier but, on a recours essentiellement à des procédés analogues à ceux dont nous avons déjà parlé à propos des opérations de tumeurs hémorroïdales. Il est évident que toutes ces opérations ne trouvent qu'une application bien limitée dans les cas où le prolapsus du rectum a une certaine étendue. Nous avons vu que, le plus souvent dans ces cas, le cul-de-sac péritonéal se trouve attiré en bas; parfois il se produit ultérieurement une soudure des deux surfaces séreuses, mais il ne faut pas compter sur cette éventualité; la blessure du péritoine est donc toujours à redouter lorsqu'on fait l'ablation simple d'un prolapsus volumineux. Aussi l'excision de la partie procidente avec les pinces et les ciseaux, telle que l'a pratiquée d'abord SABATIER, doit-elle être réservée essentiellement à la simple procidence de la muqueuse. Cette excision est pratiquée transversalement et les bords de la plaie suturés de haut en bas lorsqu'on a affaire à des bourrelets annulaires, tandis que, dans d'autres cas, on lui donne une direction verticale, c'est-à-dire dans le sens des replis de la muqueuse. Lorsqu'on excise transversalement de grands lambeaux de muqueuse, il est toujours bon, à cause de l'hémorragie qui est à craindre dans ces cas, de passer préalablement des fils à la base de la partie à enlever; une fois l'excision terminée, ces fils permettent de fixer le bord supérieur de la muqueuse et peuvent être utilisés ensuite pour la suture; parfois, en effet, l'hémorragie vient compliquer l'opération de la même manière que dans l'ablation des masses hémorroïdales procidentes. D'autre part, lorsque le prolapsus se complique d'une dilatation des veines de la région, l'excision offre les mêmes dangers que celle des tumeurs hémorroïdales. En tout cas, il importe de soumettre préalablement à une désinfection complète le champ opératoire, après avoir, la veille, administré un laxatif au malade. Une fois la suture terminée, la plaie de la muqueuse sera lavée avec des solutions désinfectantes; on provoquera une constipation de plusieurs jours par la diète et l'opium; enfin, suivant les circonstances, on emploiera l'irrigation continue, ou tout au moins on y aura recours après chaque évacuation alvine.

Dans nombre de cas il est encore plus sûr de s'adresser, comme on le fait aussi dans les opérations d'hémorroïdes, à une autre méthode opératoire qui n'exclut pas, du reste, les soins de propreté, de désinfection, etc. Cette méthode consiste à lier la muqueuse en plusieurs portions. V. DITTEL conseille, à la suite de nombreux essais, la ligature avec des tubes en caoutchouc de 1 à 2 mm. de diamètre. Après avoir placé le malade en travers du lit, le bassin élevé, et avoir pratiqué la sortie du prolapsus, il saisit, avec une pince à polypes, un repli de la muqueuse à sa base, attire l'instrument jusqu'à ce que les mors apparaissent hors

de l'anús, et applique alors une ligature élastique. Tous les replis sont ainsi liés isolément. Nous donnons cependant la préférence à des cautérisations avec le fer rouge, le thermocautère ou le galvanocautère, mais il faut en faire une application énergique si l'on veut en obtenir un bon résultat. ALLINGHAM conseille, chez les enfants, de toucher le prolapsus avec de l'acide nitrique fumant. Puis vient la réduction du prolapsus et le tamponnement du rectum. L'intestin doit avoir été vidé préalablement; après l'opération on prescrit au malade le repos dans le décubitus dorsal, et on le constipe par la privation d'aliments et l'opium. Vers le 5^e ou 6^e jour, le tampon est enlevé et l'on provoque une selle au moyen d'un lavement administré avec précautions. Mais, à notre avis, **la cause principale du prolapsus** doit être cherchée, en général, dans **la dilatation de l'anús**, bien que cet accident puisse se produire également, au moment de la défécation, alors que l'orifice anal est de largeur normale. Dans ces cas nous avons, aujourd'hui encore, quelquefois recours à l'opération proposée par HEY et mise surtout en pratique par DUPUYTREN, opération qui a pour but de produire un rétrécissement des téguments au pourtour de l'anús. A l'aide d'une pince on soulève les plis rayonnés de la peau qui convergent vers l'anús, et on les excise avec des ciseaux. On fera bien de suturer immédiatement les plaies, bien que la guérison de ces dernières avec formation de tissu cicatriciel, soit plus efficace, à condition, toutefois, que la cicatrice se forme dans la direction transversale favorable au but que l'on poursuit. Mais la cicatrisation, comme l'a démontré ROSER, peut avoir un effet contraire à celui que l'on désirait obtenir, surtout lorsque les replis ont été excisés sur une trop grande largeur. Au lieu d'une plaie longitudinale, dans laquelle la peau vient se réunir à la peau, on a alors une plaie transversale dont le bord supérieur muqueux descend à la rencontre du bord inférieur cutané. Le nombre des plis rayonnés dont on fait l'excision, varie avec le degré de rétrécissement. Des récidives se produisent facilement à la suite de ces opérations.

Un procédé en tout cas plus efficace, est celui de DIEFFENBACH qui consiste à exciser un lambeau elliptique à grand axe vertical, comprenant la peau de la marge de l'anús et une portion de muqueuse correspondante, et à réunir ensuite la plaie par des sutures.

Ainsi que j'ai pu m'en convaincre d'après un certain nombre d'opérations de ce genre, on obtient un excellent résultat en pratiquant une excision elliptique d'une largeur convenable, dont l'extrémité supérieure comprend la muqueuse et l'extrémité inférieure la peau, et dont la partie la plus large correspond, par conséquent, à l'orifice anal; en outre, les incisions doivent être assez profondes pour enlever en même temps une portion du sphincter. On fera jeûner le malade quelques jours avant l'opération, et on lui prescriera pendant ce temps des laxatifs, puis, au moment d'opérer, on pratiquera des lavages du rectum et la

désinfection de la région anale, que l'on aura préalablement rasée. Le malade est placé dans la position sacro-dorsale (position de la taille); puis, l'anús ayant été écarté, on fait une excision cunéiforme d'une étendue variable suivant le degré de relâchement; on introduit dans la profondeur de la plaie un drain débouchant à l'extérieur, et l'on fait d'abord, au niveau du rebord de l'anús, une ou deux sutures de soie profondes comprenant toute l'épaisseur des bords de la plaie jusqu'au fond de la perte de substance. La partie muqueuse de la plaie est ensuite réunie par des sutures superficielles au catgut, et la partie cutanée par des sutures faites avec des fils de soie; enfin on désinfecte encore une fois le champ opératoire à l'aide d'une solution phéniquée, et l'on remplit la dépression anale de gaze iodoformée; on applique également un peu de poudre d'iodoforme sur la ligne des sutures de la portion muqueuse de la plaie. On provoque la constipation pendant 6 à 8 jours au moyen de l'opium. Les sutures profondes ne doivent habituellement pas être enlevées avant le 10^e jour.

KEHRER excise seulement la muqueuse et fait, aux dépens d'une portion du sphincter, un pli qu'il réunit avec des fils de catgut, puis la plaie de la muqueuse est suturée à son tour. De nos jours on se sert assez souvent de la cautérisation ignée pour produire un rétrécissement de l'orifice anal. Dans le prolapsus partiel on peut, au point correspondant à ce dernier, pratiquer la cautérisation linéaire du rebord de l'anús; la partie procidente se réduit spontanément grâce à la rétraction cicatricielle. On peut, d'ailleurs, obtenir le même résultat que par l'excision, en faisant une cautérisation linéaire rayonnée à l'aide du fer rouge, du thermo ou du galvanocautère. Il semble qu'il y ait quelque inconvénient, dans les cas de dilatation considérable de l'anús, à suivre le procédé indiqué par DIEFFENBACH et conseillé par ESMARCH, et qui consiste à cautériser, sur une grande étendue, le rebord et la marge de l'anús (jusqu'à 3 ou 4 cent. de l'orifice anal). Dans les cautérisations aussi étendues on n'a jamais la certitude d'obtenir l'effet désiré. De fait un certain nombre de prolapsus qui sont irréductibles, adhérents ou ne peuvent être maintenus réduits par suite d'un relâchement considérable de l'anús, doivent être considérés comme incurables.

Dans ces derniers temps on a, à diverses reprises, conseillé les injections sous-cutanées de médicaments ayant une action sur la musculature (strychnine ergotine). Les injections d'ergotine ont été surtout préconisées par LANGENBECK (extrait aqueux de seigle ergoté 2, 5, eau distillée et glycérine, ana 7, 5). Tous les deux jours, il injecte sous la muqueuse une seringue de Pravaz de cette solution (en tout 5 ou 6 injections). Cette méthode de traitement est en tout cas à conseiller, car elle ne fait courir danger. On ne peut en dire autant des injections de strychnine. Chez les enfants surtout, il faut être très réservé dans l'emploi de ce dernier médicament.