

point quelconque de l'os, indiqué par le siège de l'abcès.

Si la collection est située dans la fosse iliaque interne ou dans la gaine du psoas, pour drainer en un point déclive (le malade étant couché), il est préférable de chercher un lieu d'élection à la trépanation. Ce point serait au niveau des épines iliaques postérieures, et en avant d'elles (VERNEUIL, WEISS<sup>1</sup>), ou au milieu d'une ligne droite allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque inféro-postérieure (CONDAMIN<sup>2</sup>). TERRILLON<sup>3</sup> perfore l'os iliaque au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, sur la partie la plus épaisse de l'os, à la base de l'ischion, au-dessus de l'épine sciatique.

**Résections. — Partielles.** — L'ablation d'une portion de la *crête* ou de la *lame iliaque*, d'un segment du *pubis* ou de l'*ischion* est faite pour ostéite et nécrose, ou pour néoplasme osseux. Le siège et la forme de l'incision des parties molles sont déterminés par ceux de la tumeur ou des fistules. La résection est sous-périostée si elle est complète, sauf pour un néoplasme; elle peut se borner à l'ablation de séquestres.

**Totale.** — L'extirpation totale d'un os iliaque a été rarement faite. « L'incision principale doit suivre le bord postérieur de l'os iliaque, sa crête, et arriver en avant jusqu'en dehors des vaisseaux fémoraux. C'est la voie qu'ont suivie tous les chirurgiens qui ont eu à enlever de larges portions de l'ilion, et qui est naturellement indiquée par les insertions musculaires. On détache d'abord de haut en bas, la masse des muscles fessiers jusqu'à l'articulation coxo-fémorale qu'on ouvre en haut de manière à dégager la tête du fémur (on a ordinairement sectionné cette tête). La synchondrose sacro-iliaque est, chez les adultes, très longue à diviser avec le bistouri (on peut sectionner avec un ciseau). Si l'ilion seul est malade, on peut par cette

<sup>1</sup> WEISS (DE NANCY). Thèse de Paris, 1880.

<sup>2</sup> CONDAMIN. Thèse de Lyon, 1888.

<sup>3</sup> TERRILLON. *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris 1889, p. 699.

seule incision l'enlever complètement, en sectionnant la branche horizontale du pubis tout à fait en avant de la cavité cotyloïde, et l'ischion au-dessous de la même cavité. Mais si le pubis et l'ischion sont envahis, il faut les attaquer par une incision directe, au niveau de la symphyse et le long de la branche ischio-pubienne. Cette incision permet de sectionner les branches horizontale et descendante du pubis et de dégager les nerfs et vaisseaux obturateurs. » (OLLIER.)

En somme il faut enlever l'os iliaque en deux portions : une petite antérieure comprenant le pubis et ses branches, à l'aide d'une incision suivant la branche ischio-pubienne; une grande comprenant l'ilion et l'ischion, séparés du pubis au-dessus et au-dessous du trou obturateur, par section des branches horizontale du pubis et ischio-pubienne. On peut commencer par l'une ou l'autre des deux portions, de préférence par la petite.

D'après ROUX (DE LAUSANNE), après section des muscles abdominaux au niveau de la crête iliaque, la fosse iliaque interne se dégage facilement, sauf le long du pubis et autour du trou obturateur.

Les lambeaux sont rabattus et suturés, les plaies drainées. Il est utile d'appliquer sur le membre opéré un appareil simple à extension continue, pour s'opposer à la rétraction musculaire.

**Sacrum et coccyx.** — La résection d'une partie du sacrum et l'extirpation du coccyx, sont pratiquées comme opération préliminaire, permettant les opérations sur le rectum, nous en parlerons à ce propos<sup>1</sup>.

## II. — ANUS ET RECTUM

**Dilatation de l'anus.** — La région anale est préparée comme pour une intervention sanglante.

La dilatation, très douloureuse, peut être pratiquée avec le secours de l'anesthésie générale ou locale. L'anesthésie géné-

<sup>1</sup> Voy. Amputation du rectum p. 276 et 285, absence du rectum p. 296.

rale doit être complète avant toute tentative de dilatation, l'anesthésie incomplète étant la principale cause des syncopes observées en pareils cas.

L'anesthésie locale est obtenue par la cocaïne appliquée selon les indications de RECLUS : on commence par insensibiliser la muqueuse anale en introduisant successivement dans le canal anal trois ou quatre tampons d'ouate imbibés de la solution ordinaire à 1/100 ou 1/200, et du volume de un pois à une noisette. Puis, selon les règles de l'anesthésie cutanée<sup>1</sup>, on insensibilise à l'aide de quatre seringues de Pravaz de la solution, la peau du pourtour de l'anus. Enfin, introduisant l'index dans le trajet anal devenu tolérant, on injecte, de la peau vers le profondeur, en plein muscle sphincter, en se guidant sur le doigt pour rester dans le muscle, six autres seringues de la solution à 1/100 ou 1/200. On attend cinq minutes avant de commencer. La dilatation est faite avec les doigts ou un instrument.

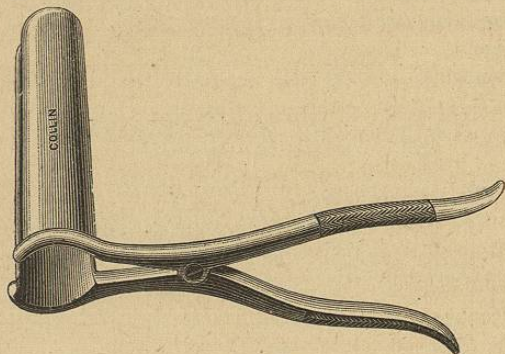


Fig. 709.  
Dilatateur de Trélat.

*Dilatation digitale.* — On introduit dans l'anus, dos à dos, les deux pouces ou les deux index, et on dépasse le sphincter. Accrochant avec la dernière phalange repliée le bord supérieur

<sup>1</sup> Voy. p. 28, t. II.

du sphincter, on écarte lentement et progressivement les deux doigts l'un de l'autre.

On éprouve à un certain moment une sensation de relâchement brusque, la dilatation est obtenue. Les doigts vont ordinairement presque jusqu'au contact des ischions.

On répète une fois la dilatation dans le sens antéro-postérieur.

*Dilatation instrumentale.* — On utilise un spéculum à branches parallèles (spéculum de TRÉLAT, fig. 709). Le spéculum, introduit dans l'anus jusqu'au delà du sphincter, est ouvert très lentement par pression sur les deux bras de l'instrument. La dilatation doit être très lente et régulièrement progressive. On la recommence ensuite dans un sens opposé au premier.

Des compresses humides sont maintenues sur l'anus. On sait que la rétention d'urine, fréquente après cette opération, oblige au cathétérisme pendant un jour ou deux.

**Rectopexies et recto-périnéorrhaphies (Prolapsus).** — *Rectopexie.* — La rectopexie très basse de VERNEUL est insuffisante, et c'est à la *rectococcyppexie* de GÉRARD-MARCHANT que l'on s'adresse aujourd'hui.

**Procédé de Gérard-Marchant.** — L'opération consiste dans la plicature de l'ampoule rectale pour la raccourcir, et la suspension de l'intestin aux tissus résistants péri-coccygiens.

On fait, sur la ligne médiane post-anale, une incision longitudinale commençant à 2 ou 3 centimètres de l'anus pour aller jusqu'au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. L'incision doit respecter le sphincter anal.

On met à nu l'ampoule rectale et la face postérieure du coccyx et on résèque l'extrémité de cet os.

On fait alors la plicature du rectum : par une série d'anses de fil placées verticalement de chaque côté de la ligne médiane (fig. 710), on détermine la formation des plis horizontaux. Nouant l'un à l'autre les chefs correspondants de ces fils noués, on détermine la formation d'un pli vertical (fig. 711), et on attire les parties latérales de l'ampoule.

Aussi loin que possible sur les côtés, on place alors une deuxième série verticale et bilatérale d'anses de fil (fig. 711). Ces anses nouées plissent encore le rectum, et vont servir de *filis suspenseurs*.

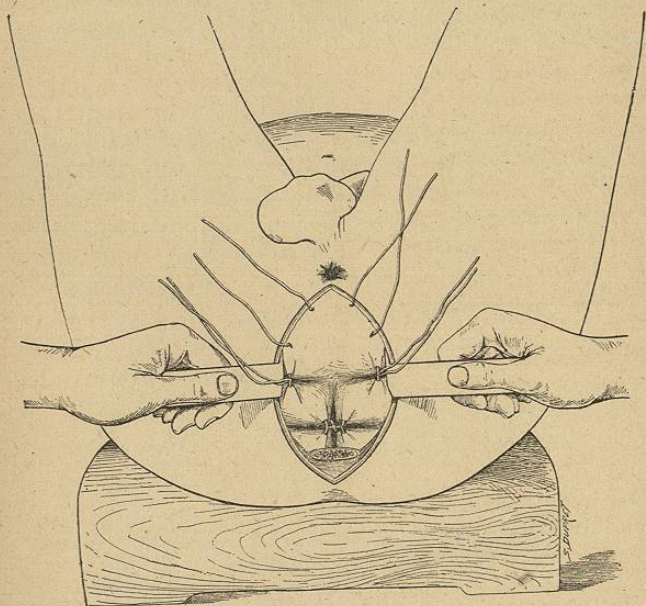


Fig. 710.

Recto-coccygeux. Placement des fils destinés à réaliser le plissement du rectum (GÉRARD-MARCHANT).

La *suspension* se fait, par les derniers fils, aux plans fibreux présacrés ou précoccygiens et aux bords inférieurs des grands ligaments sacro-sciatiques (QUÉNU) (fig. 712).

La plaie est fermée et la malade reste au repos absolu, les genoux fléchis sur un coussin, pendant trois semaines environ. La constipation à l'aide des pilules d'opium (8 à 10 pilules de 0<sup>gr</sup>,01 espacées dans les vingt-quatre heures), est maintenue

pendant une huitaine de jours. La première selle est facilitée par des lavements.

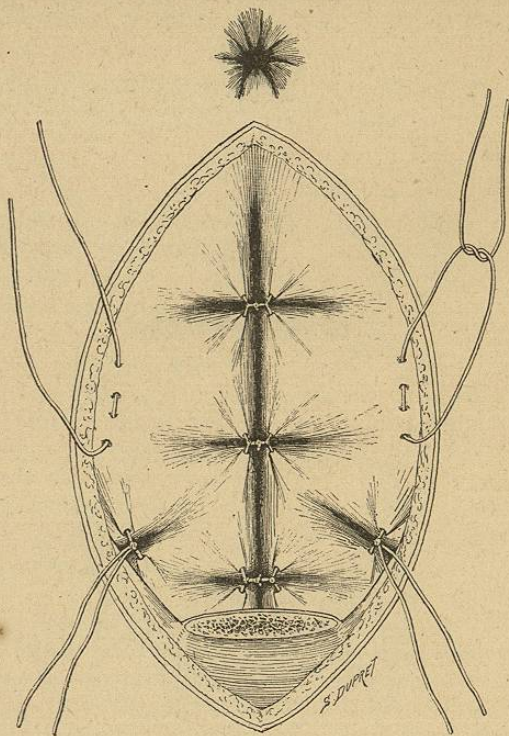


Fig. 711.

Recto-coccygeux. Second plissement avec les fils qui vont devenir *filis fixateurs* (GÉRARD-MARCHANT).

**Recto-périnéorrhaphie.** — A cette suspension du rectum on peut joindre, lorsque l'anus est relâché, une résection suivie de restauration ano-périnéale. (DURET, SCHWARTZ.) Enfin, pour remédier au principal inconvénient reproché à la rectopexie,

l'absence de soutien de la paroi rectale antérieure, on peut adjoindre à l'opération une périnéorrhaphie ordinaire par dédou-

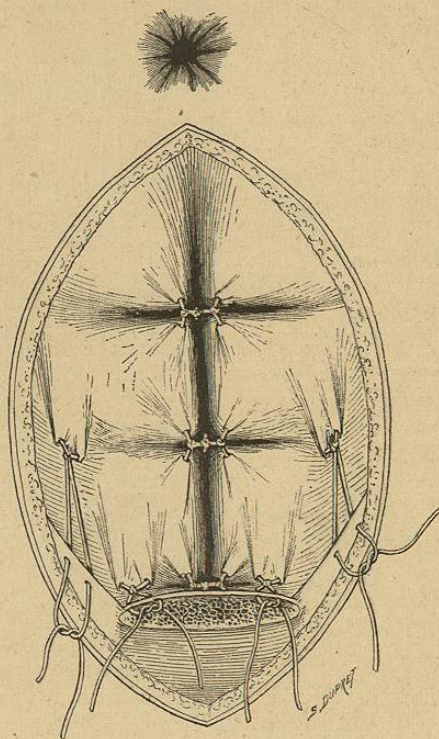


Fig. 712.

Recto-coccyplexie. Fixation du rectum aux tissus fibreux précoccygiens et aux ligaments sciatiques (GÉRARD-MARCHANT).

blement, avec suture des muscles releveurs (NAPALKOW, LENORMANT)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> LENORMANT. *Presse médicale*, 4 février 1903, p. 144.

La recto-périnéorrhaphie antérieure et postérieure par excision d'un lambeau muco-cutané ressemble à la colpo-périnéorrhaphie postérieure par le procédé de SIMON-HEGAR<sup>1</sup>.

Après excision de lambeaux muqueux antérieur et postérieur au niveau de la partie prolattée, on suture en un ou deux plans la plaie muqueuse, dans le sens de l'axe du rectum. Puis on suture, dans le sens antéro-postérieur, les plaies cutanées antérieure et postérieure résultant de l'excision de lambeaux triangulaires de peau (fig. 713).

Au lieu d'une restauration avec résection muco-cutanée, on peut joindre à une pexie postérieure une périnéorrhaphie par dédoublement de la cloison recto-vaginale, avec suture de la sangle des muscles releveurs, comme nous l'indiquerons aux périnéorrhaphies pour prolapsus génital chez la femme<sup>2</sup>. On exécuterait chez l'homme cette myorrhaphie d'après les mêmes principes.

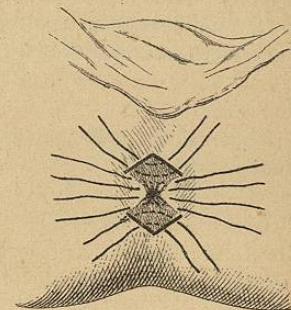


Fig. 713.

Ano-périnéorrhaphie antérieure et postérieure.

**Résections et extirpation du rectum. — A. Résection de la muqueuse ano-rectale. — 1° Pour Hémorroïdes. — Soins préliminaires.** — Le malade est purgé deux jours de suite (huile de ricin, eau purgative) le quatrième et le cinquième jours qui précèdent l'opération. En même temps il est soumis à l'alimentation exclusivement lactée.

L'avant-veille de l'opération, on donne le matin et le soir un grand lavage du rectum à l'eau bouillie.

La veille un lavage semblable le matin ; à partir de l'après-midi, on commence l'administration des pilules d'opium

<sup>1</sup> Voy. p. 408, t. II.

<sup>2</sup> Voy. p. 414, t. II.

(5 à 10 centigrammes par jour) qui devront maintenir la constipation après l'opération.

Il ne faut surtout pas donner de lavement le matin de l'opération, ni même la veille au soir, afin de ne pas s'exposer à une issue de liquide restant au moment de la dilatation anale.

La région anale est nettoyée la veille et maintenue dans un pansement humide.

Le malade est placé dans la position de la taille périnéale, et endormi.

L'opération, quelle qu'elle soit, commence toujours par une dilatation forcée<sup>1</sup>.

**Réséction partielle.** — (Elle peut être faite au besoin avec anesthésie locale cocaïnique). On obtient la destruction des hémorroïdes seulement, soit par le fer rouge, soit par section au bistouri :

**Thermocautère.** — Le moyen le plus simple est l'ignipuncture de chaque tumeur hémorroïdaire; le thermocautère au rouge sombre est enfoncé successivement dans chaque tumeur et s'y éteint.

La destruction complète de chaque hémorroïde peut être obtenue en liant d'abord la tumeur à sa base, puis, on fait la section de l'hémorroïde au-dessous de la ligature avec le fer rouge; ou bien on volatilise la tumeur. La volatilisation consiste dans l'écrasement de la tumeur entre les mors d'une pince-cautère (RICHEL) portée au rouge sombre.

**Bistouri.** — L'excision des paquets hémorroïdaires (réséction partielle de la muqueuse) se fait suivant deux procédés.

Le procédé de Reclus consiste dans l'excision de chaque bourrelet hémorroïdaire à sa base, suivie de suture muco-cutanée. On saisit avec une ou plusieurs pinces de KOCHER le sommet du bourrelet, on tire et étale la muqueuse pour voir la muqueuse saine. On pince la muqueuse saine au-dessus du paquet, et on coupe avec le bistouri ou les ciseaux la masse hémorroïdaire. On suture alors peau et muqueuse, en ayant soin de traverser

<sup>1</sup> Voy. p. 253.

la muqueuse à au moins un centimètre de son bord coupé, et de prendre dans l'anse de fil tout le plan profond de la plaie « de façon non seulement à rapprocher peau et muqueuse, mais à ne laisser entre les deux téguments aucun « espace mort » où pourrait s'accumuler le sang ou la sérosité ».

Le procédé de Ch. Monod donne, comme résultat de l'excision, au lieu d'une plaie transversale parallèle à l'orifice anal, une plaie verticale parallèle à l'axe de l'anus.

« Lorsque les bourrelets sont nettement pédiculés, leur ablation peut se faire à main levée, au bistouri. On incise la muqueuse rectale à la base du pédicule, en le repérant à mesure avec des pinces à pression; les deux lèvres de la section sont ensuite réunies au catgut. L'incision doit être faite suivant une direction parallèle à l'axe du rectum, elle remontera en haut jusqu'à empiéter sur la muqueuse saine et s'arrêtera en bas à la peau, sans l'intéresser.

« On aura plus souvent recours à de petits clamps à l'aide desquels on limite d'abord la partie à enlever. Voici, comment, dans ce cas, on procède.

« Avec une pince de KOCHER on va saisir la muqueuse haute dans le rectum, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire, en un point où les tissus paraîtront sains. Une seconde pince est fixée au-dessous du bourrelet, à l'union de la muqueuse et de la peau, plutôt sur la muqueuse que sur la peau. Une troisième est au besoin placée entre les deux précédentes, pour achever de former le pli de muqueuse qui doit être réséqué.

« C'est au delà de ces pinces que l'on applique le petit clamp, parallèlement à l'axe du rectum. Le clamp ne doit mordre que la muqueuse, sans toucher la peau. Il est serré à fond de façon à ne pas déraper.

« Par un léger mouvement de bascule, il est facile d'amener vers l'ouverture anale ou du moins de soulever assez l'extrémité supérieure, intra-rectale, du clamp, pour qu'un fil de catgut puisse être placé au delà de cette extrémité en pleine muqueuse saine. Ce premier fil, sur lequel l'aide exerce une légère traction, servira de guide et de soutien pour le reste de l'opération.

« C'est, en effet, en deça de ce fil, entre lui et l'extrémité du

clamp que commence la résection du bourrelet, au bistouri ou aux ciseaux. Les deux lèvres de la muqueuse incisée s'écartent et sont bien visibles; elles sont immédiatement réunies par un point au catgut qui est à la fois unissant et hémostatique.

« La section est alors poussée plus loin, et d'autres points sont placés de même, aussi rapprochés que nécessaire pour arrêter tout saignement. Le dernier correspond à l'union de la muqueuse et de la peau, sans traverser celle-ci. » On répète l'opération sur chaque bourrelet.

**β Résection totale.** — L'excision totale de la muqueuse hémorroïdaire, sur toute la circonférence anale, et dans toute la hauteur de muqueuse altérée, ce fait d'après le procédé de WHITEHEAD (de Manchester)<sup>4</sup>.

Le procédé de Reclus, que nous avons décrit pour l'excision partielle, peut aussi s'appliquer à l'excision totale, on excise alors successivement les deux demi-circonférences de la marge de l'anus, en suivant les règles déjà indiquées.

Le procédé de Whitehead comprend, après dilatation, l'incision circulaire de la muqueuse à son union avec la peau, le décollement du cylindre muqueux en le séparant du muscle sphincter externe, l'excision du cylindre abaissé, et la suture muco-cutanée.

On incise circulairement, en une ou deux reprises, la muqueuse anale à son union avec la peau, sans entamer la peau. L'aide étale au fur et à mesure l'anus pour faciliter l'incision. Dès que la muqueuse est complètement incisée, on en prend le bord avec quelques pinces de Kocher qui servent à fixer et à tendre le cylindre muqueux.

Quelques coups de bistouri donnés le long de la face externe de la muqueuse, dans le tissu cellulaire, montrent bientôt le bord inférieur du sphincter externe, qu'il faut voir complètement.

<sup>4</sup> La modification à ce procédé, proposée par QUÉNU au Congrès de Chirurgie de Paris 1893, c'est-à-dire la conservation de la muqueuse anale débarrassée des veines malades, a été abandonnée depuis par son auteur, la muqueuse étant toujours altérée (*Bulletin de la Société de Chir.*, 1899, p. 554).

On décolle alors, avec le bout du doigt ou mieux avec l'extrémité arrondie de ciseaux mousses courbes, la muqueuse de la face externe du sphincter.

Le décollement est ordinairement facile et rapide. Des pinces sont mises sur les vaisseaux qui saignent.

On s'arrête lorsque cesse la coloration bleuâtre de la muqueuse hémorroïdaire, vue par sa face interne, et qu'apparaît la muqueuse lisse et rosée. On s'assure alors que le niveau sain vient facilement et sans traction, au contact de la peau; si non on abaisse un peu plus le cylindre muqueux.

On ne peut réséquer immédiatement la muqueuse, pour la suturer; la portion saine remonterait immédiatement dans le rectum. D'autre part il est nuisible à une bonne cicatrisation de placer des pinces sur le bord de la muqueuse à suturer.

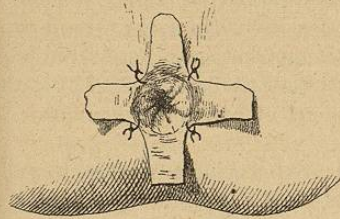


Fig. 714.  
Fixation de la muqueuse à l'angle  
des quatre lambeaux.

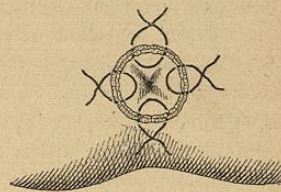


Fig. 715.  
Fixation de la muqueuse  
par des points en U.

Pour couper sans laisser remonter et sans prendre avec des pinces à pression le bord sain, on peut ne couper que peu à peu la muqueuse en plaçant à mesure les sutures. Mais on est ainsi exposé à laisser pour la fin une trop large portion de muqueuse qui fronce et s'affronte mal à la peau.

On peut, comme WHITEHEAD, fendre en 4 segments le cylindre, placer un fil d'attache au fond de chaque fente et couper; la muqueuse est retenue et étalée (fig. 714). DELORME conseille de placer, avant de couper, quatre points disposés en U horizontal, étalant la muqueuse au-dessus de la future section, et la collant à la peau et aux surfaces cruentées (fig. 715). Les quatre

fils noués du côté de la peau, on coupe et on affronte muqueuse à peau.

QUÉNU sectionne le cylindre en deux moitiés, fend le lambeau d'une des moitiés par son milieu, et au fond de la fente place un point de suture. Puis on coupe et suture le pourtour.

Le catgut est préférable, pour ces sutures, à la soie et au crin qu'il faut enlever ensuite avec beaucoup de difficultés. On peut placer des surjets ou des points séparés. En tous cas les fils ne doivent pas seulement prendre les bords de la peau et de la muqueuse, mais ramasser le fond de la plaie.

Avant la suture, l'hémostase doit être complète, non seulement des vaisseaux ouverts pendant la dissection, mais aussi des artères qui saignent à la face externe de la muqueuse lorsqu'on coupe le cylindre malade.

Le pansement, après toutes ces opérations, est simple. Il est inutile de placer un tube ou une mèche dans l'anus, les pansements intra-rectaux sont douloureux et rapidement expulsés. On met à plat une ou plusieurs lames de gaze stérilisée, de l'ouate et un très large bandage en T. Les pièces du pansement sont renouvelées tous les jours.

Il faut s'attendre à une rétention d'urine passagère, comme dans toute opération sur le rectum et l'anus chez l'homme.

La constipation par l'opium et le régime lacté sont maintenus cinq à six jours. La 1<sup>re</sup> selle est provoquée le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour par une légère purgation. Le malade se lève vers le 10<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> jour.

**2<sup>o</sup> Pour prolapsus.** — La résection d'un petit prolapsus muqueux si elle devenait nécessaire<sup>1</sup>, se ferait comme dans le procédé de WHITEHEAD que nous venons de voir.

La résection de la muqueuse seule pour un prolapsus total caractérise, avec le refoulement des fibres musculaires, le procédé de Delorme-Juvara<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Voy. Thérapeutique chirurgicale, RICARD et LAUNAY, Doin 1903, p. 650.

<sup>2</sup> DELORME. Académie de médecine, 1900 et Bull. Soc. de Chir. 1900, p. 499. JUVARA (Rapp. DELBET). Bull. de la Soc. de Chir. 1901, p. 723.

On tend par des pinces la région anale et le prolapsus, et on pratique, à l'union de la peau et de la muqueuse, une incision circulaire faite en deux fois en commençant par la demi-circumférence postérieure.

La muqueuse est repérée à mesure par des pinces, puis on la décolle pour découvrir, comme dans le Whitehead, le sphincter externe. Poursuivant le décollement, on sépare le sphincter externe complètement, passant entre lui et la muqueuse, puis le sphincter interne, puis les fibres de la musculaire hypertrophiée de la portion prolabée (fig. 716).

La muqueuse est disséquée et décollée ainsi, en une seule pièce ou en plusieurs lambeaux, sur tout le globe prolabé, après qu'on a franchi le fond du sillon qui sépare le cylindre invaginé du cylindre invaginé. On arrive ainsi peu à peu jusqu'à la cavité du cylindre invaginé, et la muqueuse change d'aspect. Là s'arrête le décollement.

Avant de couper la muqueuse décollée, on ouvre le cylindre muqueux, et de dedans en dehors, on place, comme dans le Whitehead, quatre fils de fixation en U prenant muqueuse et peau (fig. 717). On suture alors muqueuse à peau sur tout le pourtour.

JUVARA, avant de suturer la muqueuse à la peau, pratique le plissement de la tunique musculaire. La muqueuse disséquée, à la base du cône musculaire on commence à placer une série de fils de catgut. Chaque fil, passé avec une aiguille courbe, traverse d'abord la couche musculaire sur une largeur de 1 centimètre, sort sur un trajet de 3 à 4 millimètres, pour pénétrer de nou-

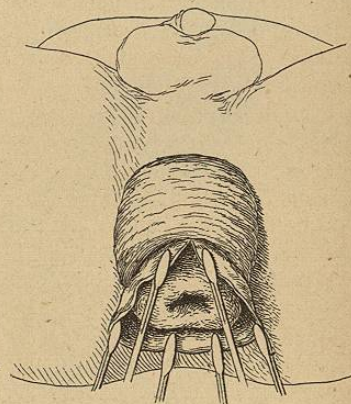


Fig. 716.

Résection de la muqueuse ano-rectale pour prolapsus. Procédé de Delorme. Refoulement des fibres musculaires.

veau et ressortir à 1 centimètre plus haut. On place ainsi une couronne de fils distants de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Ces fils serrés et noués ramassent les faisceaux musculaires en plissant transversalement la tunique musculaire. Au-dessus de cette première rangée on en place une seconde, plissant à nouveau, et dont les fils alternent avec les premiers. Par-dessus on

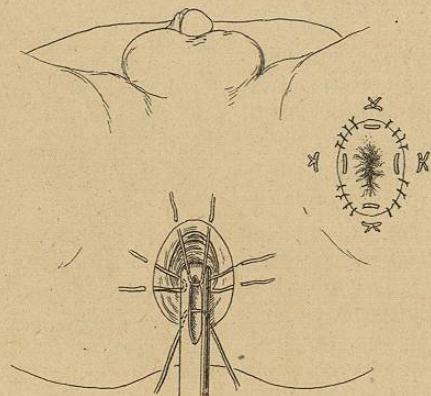


Fig. 717.

Prolapsus ano-rectal. Procédé de Delorme. Sutures.

place encore une rangée de fils unissant entre eux les plis formés. L'anneau musculaire ainsi constitué est repoussé avec le doigt dans l'épaisseur du périnée, au-dessus du sphincter, et fixé là par de nouveaux fils.

Le malade, immobilisé dans son lit, est constipé dix à douze jours, nourri de bouillon et de lait. Le pansement est fait le 10<sup>e</sup> jour, et les fils de soutien enlevés. La première selle est provoquée le 12<sup>e</sup> jour. Le malade se lève du 20<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour.

**B. Résections et extirpation du rectum (toutes les tuniques).** — 1<sup>o</sup> **Extirpation partielle.** — a. **Pour prolapsus.** — Procédé de Mikulicz. — On sait que le prolapsus rectal se compose de deux cylindres dont chacun comprend la totalité des

tuniques rectales, un des cylindres ayant sa face muqueuse à l'extérieur, l'autre dans le canal central. Entre les deux cylindres qui se continuent au niveau de l'extrémité inférieure du pro-

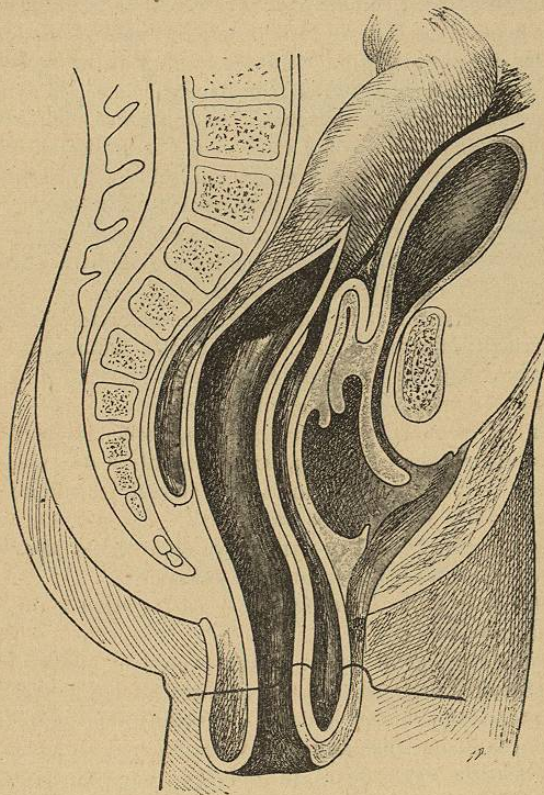


Fig. 718.

Prolapsus montrant la cavité de Phédrocèle (d'après Von Esmarch).

lapsus, se trouve un espace dans lequel peut se rencontrer le cul-de-sac-péritonéal prérectal avec des anses d'intestin grêle (Hédrocèle) (fig. 718)



Le procédé de MIKULICZ consiste dans la section de la portion prolabée, sans hémostase préalable, suivie de sutures ano-rectales.

L'intestin préparé comme pour la résection de la muqueuse<sup>1</sup>, le malade mis dans la position de la taille, et nettoyé, on tend le prolapsus par des pinces ou des anses de fil. Puis on sectionne, à 1 ou 2 centimètres de l'anus, couche par couche, le cylindre externe dans sa moitié antérieure, liant à mesure chaque vaisseau qui saigne. Dès qu'on a ainsi coupé la moitié antérieure du cylindre externe, jusqu'à la séreuse, on voit le cylindre interne. On a ainsi ouvert largement et prudemment le cul-de-sac péritonéal, et on voit s'il contient des anses intestinales que l'on refoule dans l'abdomen. On ferme immédiatement et d'une façon complète l'ouverture péritonéale.

Le péritoine fermé et refoulé, on achève la section du cylindre interne dans sa moitié antérieure, liant à mesure les vaisseaux coupés, et on suture soigneusement l'une à l'autre les moitiés antérieures des deux cylindres.

On fait de même la section lente et progressive des deux moitiés postérieures des cylindres, sans rencontrer de cul-de-sac péritonéal habituellement, mais en coupant le mésorectum dont il faut lier avec soin les vaisseaux.

Les sutures de la moitié postérieure étant faites comme en avant, on coupe les fils et on place le pansement<sup>2</sup>.

*Procédé de P. Segond. Ch. Nélaton.* — La résection se fait avec hémostase préalable.

On commence par diviser le prolapsus en deux moitiés, antérieure et postérieure, par section complète sur les parties latérales. La section des deux cylindres ensemble se fait après l'application, de chaque côté, de deux longues pinces droites (fig. 719), une branche dans la lumière du prolapsus, une branche à l'extérieur. La section se fait entre les deux pinces, de chaque côté.

Chacune de ces deux valves est successivement réséquée, après qu'on l'a pincée à sa base, tout près de l'orifice anal, par une

<sup>1</sup> Voy. p. 261, t. II.

<sup>2</sup> Voy. p. 266, t. II.

pince longue; on coupe et suture à mesure, en reculant peu à peu la pince (fig. 719).

Il faut évidemment rechercher, avant d'opérer, s'il n'existe

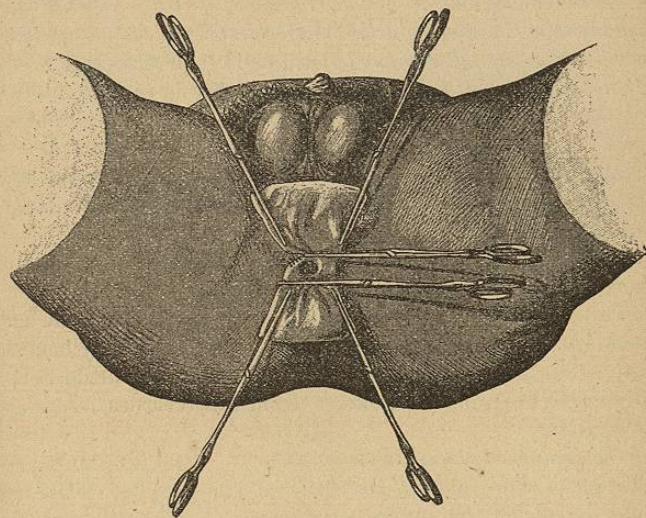


Fig. 719.

Extirpation du prolapsus. Procédé de Segond-Nélaton.

pas d'hédocèle, et refouler dans ce cas l'intestin avant de placer les pinces.

*b. Pour néoplasmes. — a. Partie inférieure, ano-rectale. — Voie naturelle.* — Procédé de HARTMANN<sup>1</sup>. — Après dilatation de l'anus, on coupe circulairement le rectum au-dessous du néoplasme préalablement fixé par des pinces à traction. On abaisse le bout supérieur disséqué, et on le coupe au-dessus de l'anneau néoplasique. On fixe enfin le bout supérieur, abaissé et invaginé dans le bout inférieur, à la peau de la marge de l'anus.

*Voie périnéale.* (LISFRANC, DENOÏVILLIERS, VERNEUIL, KOCHER).

<sup>1</sup> HARTMANN. *Congrès français de Chirurgie* 1893, p. 698.