

VII

PROLAPSUS DU RECTUM

PAR A. BROCA

Agrégé de la Faculté, Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Définition. — Il y a prolapsus du rectum, disait Gosselin, lorsqu'il y a issue par l'anus d'une portion plus ou moins étendue d'intestin.

Cette définition est claire, mais un peu trop compréhensive, et d'ailleurs Gosselin était le premier à éliminer, comme je vais le faire, le prolapsus hémorroïdaire et les invaginations intestinales supérieures. Je n'en parlerai qu'au diagnostic, car l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie s'accordent à nous faire distinguer cette lésion des véritables prolapsus du rectum, dans lesquels il y a issue par l'anus d'une portion plus ou moins étendue du *rectum*. Le prolapsus rectal s'observe à tous les âges : mais celui de l'enfant mérite une description distincte.

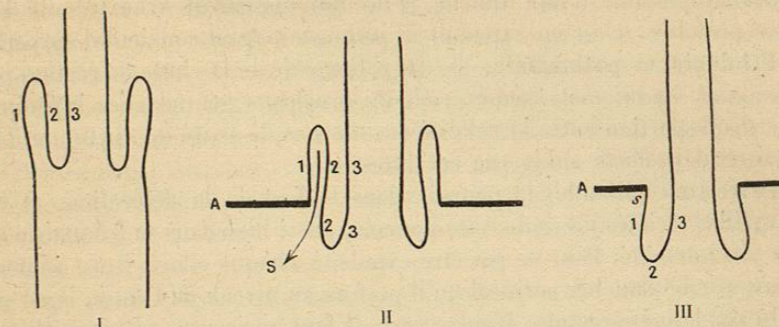
Anatomie pathologique. — Plusieurs degrés doivent être différenciés : dans le prolapsus *partiel*, la muqueuse seule fait issue; dans le prolapsus *total*, c'est toute l'épaisseur de la paroi rectale.

Le *prolapsus partiel*, celui de la muqueuse seule, est facile à faire comprendre. Tout le monde sait que chez le cheval, à chaque poussée de défécation, la muqueuse, mobile grâce à la laxité du tissu conjonctif sous-muqueux, suit le bol fécal en une saillie circulaire et rose. Dans le prolapsus partiel de l'homme, la saillie est la même, mais elle est anormale : le prolapsus, presque toujours circulaire, est d'abord passager, se produit après la garde-robe et rentre facilement; puis il s'aggrave et enfin devient permanent. Gosselin avait coutume de comparer cet état à celui d'un vieux paletot où la doublure, avachie, dépasse la manche.

Le *prolapsus total* présente deux variétés, qu'avec Cruveilhier il convient d'appeler invaginations à trois cylindres et à deux cylindres.

Supposez un tube quelconque — dans l'espèce l'intestin — sur lequel vous ferez dans la *continuité* une invagination, c'est-à-dire un pli qui descend dans le tube situé au-dessous de lui : il vous suffit, ici encore, de manier la manche de votre paletot pour comprendre qu'une coupe transversale au niveau de la plicature rencontrera trois fois la paroi, en trois cercles concentriques, dans cette *invagination à trois cylindres*. Et si des plis successifs s'emboîtent, comme dans une lorgnette, ces invaginations seront à cinq, sept cylindres, toujours en nombre impair. Prenez maintenant la manche de votre habit, faites-y une invagination simple dans la continuité, et tirez jusqu'à ce que le pli invaginé vienne faire saillie hors du bout de la manche : vous vous rendez compte que dans la partie ainsi prolabée il n'y a que deux cylindres accolés, l'un descendant, externe, continu avec l'extrémité infé-

rieure de la manche, au niveau d'un *sillon* circulaire, situé plus ou moins haut; l'autre interne, ascendant, continu avec l'extrémité supérieure de la manche. C'est exactement ce qui se passe dans le *prolapsus complet à trois cylindres*, lorsque la partie supérieure du rectum se précipite, pour ainsi



- I. Invagination à 3 cylindres dans la continuité : 1, cylindre invaginant; 3, cylindre invaginé; 2, cylindre de jonction.
- II. Invagination totale à 3 cylindres, avec prolapsus hors de l'anus. Les cylindres 3 (invaginé) et 2 (de jonction) sont en prolapsus. Ce dernier est séparé de l'anus A par le sillon S, au fond duquel il se continue avec 1, cylindre invaginant, continu d'autre part avec l'anus A.
- III. Prolapsus total à 2 cylindres. 1, invaginant directement continu avec l'anus A en s, sillon réduit à un angle; et avec le cylindre invaginé, 3, en 2, point de jonction (cylindre de jonction réduit à un point).

dire, dans la partie inférieure, et, par les deux cylindres du pli invaginé, dépasse l'anus, dont la sépare un sillon plus ou moins profond.

Immédiatement apparaît donc une différence d'aspect entre le prolapsus partiel et le prolapsus total à trois cylindres : dans le premier, il y a continuité directe entre la muqueuse procidente et la peau anale; dans le second, elles sont séparées l'une de l'autre par un sillon circulaire. Mais ce caractère disparaît dans la variété qui nous reste à étudier, le prolapsus total à deux cylindres, lequel peut être l'aboutissant des deux variétés précédentes.

Reprenez la manche de votre habit, et au lieu de faire dans la continuité la plicature invaginée, faites-la à l'extrémité inférieure : deux cylindres seulement, l'un descendant, l'autre ascendant, existent dans la tumeur prolabée. Appliquez cela au rectum, et vous verrez tout de suite que, forcément, la muqueuse procidente sera en continuité directe avec la peau de l'anus.

Comment peut se produire ce prolapsus? Par deux mécanismes : ou bien, au bout d'un temps plus ou moins long, une tumeur, d'abord constituée par la muqueuse seule, grossit jusqu'à attirer à sa suite toute l'épaisseur de la paroi rectale, et alors le sillon n'a jamais existé; ou bien, il y a primitivement prolapsus à trois cylindres, et, à mesure que la tumeur grossit, elle attire à elle, peu à peu, le cylindre invaginant, en sorte que peu à peu la profondeur du sillon diminue, jusqu'à devenir égale à 0.

J'ai un peu insisté sur ces données anatomiques, car cette description, imitée de Cruveilhier, n'est pas assez présente à toutes les mémoires; mais je pourrai glisser rapidement sur le reste de l'anatomie pathologique : sur les rapports, parfois mal déterminés, de la plicature rectale avec le cul-de-sac péritonéal et sur la hernie, appelée *hédrocèle*, qui se produit parfois

dans ce cul-de-sac; sur les modifications secondaires de la muqueuse, de la paroi rectale, du péritoine, plus ou moins enflammés, indurés, adhérents, ce qui peut aboutir à l'irréductibilité. Tout cela, en effet, appartient à peu près exclusivement au prolapsus de l'adulte et non à celui de l'enfant. Quant à l'existence possible d'une tumeur, d'un rétrécissement à l'extrémité de la masse prolapsée, c'est en exposant la pathogénie qu'il convient d'en parler.

Étiologie et pathogénie. — La pathogénie de la chute du rectum peut se résumer en un mot, comme celle du prolapsus génital chez la femme : il y a disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par cet intestin.

Le rectum doit subir la poussée dans l'effort de la défécation, et l'on sait quelles variétés présente cette poussée, aussi bien dans sa fréquence que dans son intensité. Pour ne pas être expulsé à chaque effort, il est soutenu, en bas, par le plancher périnéal qu'il perfore au niveau de l'anus; il est suspendu par le méso-rectum. D'autre part, il faut envisager, en particulier, la fixité de la muqueuse sur la musculature sous-jacente; elle est plus ou moins grande selon que le tissu conjonctif interposé est plus ou moins lâche, et déjà nous avons vu quelle différence, à cet égard, il y a, physiologiquement, du cheval à l'homme. Exagérez l'effort, diminuez la résistance, et vous aurez des prolapsus que vous pourrez appeler, dans les cas tranchés, de force ou de faiblesse, mais en sachant bien que, dans les cas intermédiaires, ces deux facteurs s'associent en proportion très variable.

Telle est la donnée générale : il faut l'appliquer aux cas particuliers, en cherchant à faire voir les différences qui existent entre l'enfant et l'adulte. Dans ces deux cas, en effet, l'étiologie, envisagée dans ses facteurs spéciaux, n'est pas la même, et tout d'abord il convient de noter que, sauf exception, dont Gérard Marchant, par exemple, a relaté un cas, le prolapsus de l'adulte n'est pas la prolongation de celui de l'enfant.

Un premier groupe de facteurs étiologiques est constitué par diverses *prédispositions anatomiques*, c'est-à-dire par la *diminution des moyens de fixité du rectum* à tous les âges. C'est sans doute par une disposition congénitale qu'il faut expliquer cette laxité considérable du méso-côlon iliaque sur laquelle insiste Ch. Nélaton dans les prolapsus de l'adulte. Chez l'adulte, on invoque le relâchement sphinctérien des pédérastes, l'affaiblissement sénile des tissus, les causes diverses de déchéance organique; on constate la coexistence possible, chez la femme, avec les prolapsus génitaux.

Chez l'enfant, outre la rectitude du sacrum, grâce à laquelle l'extrémité inférieure du rectum subit plus directement l'assaut de la défécation, n'y a-t-il pas des causes analogues? La laxité du tissu sous-muqueux est-elle plus grande à cet âge, comme le voulait Giraldès? La chose n'est pas prouvée, mais ce que j'admets pleinement, avec Duchaussoy, et malgré les critiques dont cette opinion a été l'objet, c'est le rôle du relâchement sphinctérien : j'interprète ainsi quelques cas que j'ai observés au cours de la méningite tuberculeuse. Je vais même plus loin et j'incrimine la faiblesse de tout l'individu. Un enfant atteint de prolapsus rectal est toujours, autant que ce mot puisse être exact dans notre science, un rachitique à gros ventre, à fibres molles, à parois abdo-

minales flasques; c'est d'ordinaire un produit du biberon, et il est âgé de moins de 5 ans, c'est-à-dire qu'il est à l'âge où le rachitisme est en évolution. C'est là, je crois, la notion étiologique capitale à retenir, car d'elle vont résulter les données prophylactiques et thérapeutiques. Nous allons encore retrouver le rachitisme comme origine de certaines *prédispositions physiologiques*, de certaines *causes efficientes*, augmentant la violence ou la fréquence des *efforts de défécation*. Les sujets, adultes ou enfants, atteints de prolapsus rectal, ont, en général, une défécation vicieuse : ils sont ou constipés, ou diarrhéiques, ou atteints alternativement de ces deux états.

Chez l'enfant, diarrhée, constipation ou alternance des deux sont habituellement le résultat de ces alimentations mal réglées — allaitement artificiel ou sevrage mal dirigé — qui aboutissent au rachitisme : et ces sujets à tonicité musculaire insuffisante ont, en outre, de par leur maladie initiale, une cause locale qui favorise le prolapsus. Ils sont plus souvent constipés que diarrhéiques, peut-être parce que l'athrepsie a préalablement emporté ceux qui avaient tendance à la diarrhée. Et, pour ces petits constipés, le prolapsus est volontiers favorisé par une coutume défectueuse : la mère de famille, pour simplifier une corvée, installe l'enfant sur le pot de nuit et vaque à ses occupations en l'invitant à pousser. Cela dure souvent fort longtemps, et l'enfant, docile, fait effort sur effort : l'objet désiré ne vient pas toujours, mais, en cas de rachitisme prédisposant, la chute de la muqueuse n'est pas rare et, la cause se reproduisant, peut entraîner celle de la paroi rectale tout entière. Je viens d'insister sur la défécation; les autres efforts, en effet, sont exceptionnels chez l'enfant. Il peut connaître, cependant, les mictions laborieuses de la lithiase vésicale — très rarement à Paris, il est vrai — et il semble qu'alors le prolapsus rectal concomitant ne soit pas exceptionnel. Enfin, on a incriminé le phimosis : mais il est rare que cette difformité provoque une dysurie d'intensité suffisante.

Jusqu'à présent, j'ai supposé que le calibre du rectum était normal : mais on conçoit combien le prolapsus va être facilité si un bol fécal, volumineux et dur, rencontre un obstacle à sa progression. C'est ainsi qu'il chasse devant lui un polype, par exemple, qui devient procident à chaque défécation : mais, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, la chute rectale en est bien rarement la conséquence. Une mention spéciale est due, d'après Bœckel, à certains rétrécissements congénitaux, assez haut situés, qui sont refoulés hors de l'anus par le bol fécal auquel ils ont fourni un point d'appui.

Symptômes. — Le prolapsus de la muqueuse seule constitue une tumeur rouge, un bourrelet presque toujours complètement circulaire, se continuant directement avec la peau de l'anus, sans un sillon où puisse pénétrer le stylet; la muqueuse a coutume d'être rouge, facilement saignante, recouverte de quelques glaires; par une pression légère la réduction est facilement obtenue, au moins au début.

Mais si les soins sont insuffisants, si on laisse la tumeur s'accroître et l'état général périliter, la réduction devient de plus en plus difficile à obtenir et surtout à maintenir, le prolapsus augmente et à celui de la muqueuse s'ajoute, à un moment donné, celui de la paroi tout entière. Alors

apparaît une tumeur pouvant arriver au volume d'une mandarine, le dépasser même, tumeur perforée au sommet d'un orifice d'abord central, puis excentré et regardant en arrière, le boudin procident s'incurvant en concavité postérieure lorsque commence à résister le méso-rectum attiré par glissement jusque dans la tumeur. C'est alors surtout que la muqueuse est rouge, enflammée : il y a rectite manifeste, et cette rectite, par les épreintes qu'elle provoque, va contribuer à faire reproduire et à entretenir le prolapsus.

Une tumeur de semblable forme, de semblable volume, est facile à distinguer, par la simple inspection, du prolapsus de la muqueuse seule; avec un stylet, on recherchera un sillon entré la tumeur et l'anus pour déterminer à quelle variété on a affaire, si c'est un prolapsus à trois ou à deux cylindres. Par la percussion, par la pression, on déterminera s'il existe en avant une hédrocèle, sous forme d'une tumeur gargouillante, sonore, se gonflant pendant la toux : cette recherche est peu importante chez l'enfant, où l'hédrocèle est rare et où, d'autre part, on n'a pas l'occasion de traiter les prolapsus par l'excision.

Après avoir ainsi exploré la tumeur, il convient de la réduire : pour cela on couche l'enfant sur le côté, on relève la fesse supérieure et, à travers une compresse enduite de vaseline, on exerce sur le prolapsus une sorte de taxis, l'extrémité des cinq doigts appuyant tout autour, tandis qu'on exerce un véritable refoulement en masse vers l'anus. Si l'enfant crie — et cela est la règle — la réduction peut être assez laborieuse, mais si l'on a soin de réaliser une pression continue, le bassin étant bien immobilisé, on ne tarde pas à sentir, souvent entre deux cris, la tumeur qui file entre les doigts et rentre tout d'un coup. Mais l'enfant continue à crier, et si l'on n'a pas soin de bien serrer les fesses l'une contre l'autre — ce qui est facile avec les doigts d'une main, disposés en couronne autour de leurs deux pôles — la chute se reproduit : on voit alors la tumeur se former par une sorte de mouvement de reptation, par le déroulement d'une série de plis transversaux qui, appartenant d'abord au cylindre interne, viennent se ranger au cylindre externe. Pour bien voir cette formation, le mieux est de faire tenir l'enfant sur le dos, les jambes écartées, dans la position dite de la taille.

Diagnostic. — L'examen précédent ne laisse pas place à une erreur de diagnostic : rien ne ressemble à un prolapsus rectal, et, par exemple, le polype du rectum, petite tumeur rouge violacée, grenue, arrondie, sans orifice central, ne ressemble en rien à la chute partielle ou totale. L'erreur est souvent commise : c'est parce qu'on ne regarde pas ce qui sort de l'anus et, sans songer à vérifier s'il y a un polype, on admet, sur la foi de la mère ou de la bonne, qu'il y a un prolapsus. La vérité est qu'on n'y sera jamais trompé si, en provoquant une garde-robe par un lavement, on fait sortir la tumeur dont il est alors facile de juger. D'une manière générale, on peut dire que, chez l'enfant, la coexistence d'une hémorragie plus ou moins intense avec quelque chose qui sort de l'anus à chaque défécation doit faire songer au polype et non au prolapsus : mais il faut voir.

Lorsqu'on a reconnu une chute du rectum, il reste à déterminer sa variété : mais je n'ai pas besoin de répéter ce que j'ai dit précédemment sur

la forme et l'aspect du prolapsus partiel et total, sur la valeur du sillon. L'exploration complète de ce sillon avec le stylet, et parfois avec le doigt, a encore, dans certains cas, une importance réelle : certaines invaginations, portant sur l'angle iléo-cæcal, peuvent descendre jusque dans le rectum et même hors de l'anus. Mais alors existent des signes d'occlusion intestinale inconnus à la procidence rectale, et pour confirmer le diagnostic on n'a qu'à constater que nulle part le stylet ne va buter au fond du sillon.

On déterminera enfin quelle est la cause du prolapsus si, au sommet, existe une tumeur ou un rétrécissement, si le bourrelet muqueux n'est pas avant tout hémorroïdaire. Les hémorroïdes, sans doute, sont fort rares chez l'enfant, mais elles existent à cet âge, et plusieurs fois j'ai dû extirper de petites masses hémorroïdaires turgescentes et douloureuses.

Pronostic. — La chute du rectum ne doit pas être négligée et abandonnée à elle-même, car elle entraîne certains inconvénients, dont quelques-uns sont sérieux. L'hémorragie est rare, mais elle peut, par sa fréquence et son abondance, mettre la vie en danger. La rectite cause des épreintes, des douleurs. Les digestions se font mal, et finalement l'enfant dépérit; mais, avant d'accuser le prolapsus d'être la cause du dépérissement, il faut se souvenir que plus souvent il en est l'effet. J'ai entendu Trélat dire que quelques rétrécissements ont pour origine l'ulcération circulaire d'un prolapsus qui, toujours dehors, frotte constamment dans la culotte : et cela doit faire faire quelques réserves sur le rôle causal attribué par Bœckel à un rétrécissement congénital. Je n'ai d'ailleurs jamais rien vu de semblable. Avec le temps, le rectum prolapsé s'enflamme, s'indure, devient irréductible : il peut même s'étrangler, jusqu'à se sphacéler, ou s'accompagner d'une occlusion mortelle. Mais chez l'enfant je n'ai jamais observé ces complications, pas plus que l'étranglement de l'hédrocèle, dont on a cité quelques exemples, et, d'une manière générale, je conclus que le prolapsus de l'enfant est bien moins grave que celui de l'adulte : et l'étude du traitement va corroborer cette assertion.

Traitement. — D'abord, je dois éliminer les *prolapsus secondaires* aux hémorroïdes, aux tumeurs, aux rétrécissements : je les retiens seulement parce que sur eux ont débuté, avant les recherches systématiques autorisées par l'antisepsie, les tentatives d'extirpation.

Dans les *prolapsus primitifs*, les seuls envisagés ici, l'indication générale est de réduire — ce qui, en général, est aisé — puis de maintenir — et c'est ici que commencent les difficultés.

J'ai déjà dit comment on obtient la réduction. Au bout de quelques minutes, on peut, chez l'enfant, abandonner l'anus à lui-même, et d'ordinaire la réduction se maintiendra jusqu'à la prochaine selle : mais alors il est de règle que la chute récidive. De là l'importance majeure de surveiller avec grand soin cette fonction : on fera aller l'enfant à la selle, couché sur le côté, en recueillant les excréments dans une serviette, et l'on recommandera surtout à la mère de ne pas le laisser s'éterniser, tous les matins, sur le vase de nuit; la selle, que l'on provoquera au besoin par un lavement, par un suppositoire, aura lieu tous les jours à heure régulière, le matin de

préférence; sa durée sera courte, réduite au strict minimum nécessaire à l'expulsion, et immédiatement le prolapsus sera réduit, puis maintenu pendant une demi-heure environ, puis on lèvera l'enfant. Une selle par jour, régulièrement, ai-je dit; cela implique une surveillance attentive pour obtenir, par l'hygiène alimentaire et au besoin par les médicaments appropriés, la cessation soit de la diarrhée, soit plus souvent de la constipation dont ces enfants sont volontiers atteints.

Localement, on agit sur le rectum par les lavements boriqués froids qui calment la rectite, on met en usage les propriétés astringentes du ratanhia, mais surtout on s'occupe de l'état général : par le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue, les bains salés, l'alimentation bien réglée et bien choisie, on traite le rachitisme dont tous ces enfants sont entachés.

Par le traitement ainsi conduit, on obtient une amélioration rapide : le prolapsus devient moins gros, puis il ne sort plus à chaque selle, puis ses chutes s'espacent notablement et enfin deviennent nulles. Si la mère obéit aux prescriptions que je viens d'énumérer, la guérison est à peu près constante : et pour mon compte personnel je n'ai jamais dû recourir aux boutons de feu de Dupuytren, aux raies de feu longitudinales sur la muqueuse rectale, etc. Ces petites opérations ont été pratiquées chez l'enfant, et elles sont inoffensives; mais je crois qu'elles sont presque toujours inutiles.

Deux fois, sans doute, chez des rachitiques devenus cachectiques — si bien qu'ils ont succombé, — j'ai vu des prolapsus énormes, toujours dehors, ayant pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le bassin. Je n'ai même pas songé à opérer ces enfants arrivés au summum de la débilité; de même sur un nourrisson atteint de spina-bifida. D'après ce que j'ai vu, je crois donc que l'indication opératoire ne se pose guère que chez les rachitiques trop gravement atteints pour être soumis à une intervention chirurgicale; peut-être, dans ces cas, si l'on guérissait le rachitisme, resterait-il un prolapsus volumineux et justiciable de la chirurgie, mais je n'en sais rien, mes deux malades étant morts quelques jours après leur entrée à l'hôpital.

On voit toute la différence avec le traitement du prolapsus chez l'adulte; à cet âge les moyens précédents ont coutume d'échouer, et l'on doit recourir à des opérations complexes, difficiles, quelquefois graves, fort comparables à celles que l'on dirige contre les prolapsus génitaux de la femme. C'est alors que l'on cherche à soutenir le rectum en rétrécissant l'anus et le périnée par une véritable anopérinéorrhaphie; à le suspendre au sacrum par voie périnéale, en combinant cette intervention à une véritable proctopexie par les procédés de Verneuil, de G. Marchant; à le suspendre par voie abdominale, comme l'a conseillé Jeannel, en fixant, par la colopexie, l'S iliaque à la paroi abdominale; à le supprimer enfin par la résection franche.

Tous ces procédés ont donné des succès, mais aussi des récidives, et si, grâce à ces tentatives, le prolapsus rectal de l'adulte n'est plus un des opprobres de la chirurgie, il est loin d'en être encore devenu une des merveilles. Il reste une infirmité grave et rebelle, fort différente dès lors du prolapsus de l'enfant, lorsque la thérapeutique est bien dirigée.

VIII

POLYPES DU RECTUM

(Monoadénomes pédiculés du rectum.)

PAR G. FÉLIZET,

Chirurgien de l'hôpital Bretonneau,

ET ALBERT BRANCA,

Agrégé à la Faculté de Médecine.

Les classiques réunissent sous l'étiquette de polypes du rectum une série de formations pathologiques, trop disparates pour constituer un groupe naturel. Mais nous savons, aujourd'hui, que les hémorroïdes flétrées, que les granulations de la rectite proliférante en ont souvent imposé pour des polypes en raison de leur mode d'implantation. Un pédicule est d'ailleurs incapable, à lui seul, de faire un polype d'un néoplasme polypiforme : la tumeur villeuse des Anglais, que nombre d'auteurs rattachent encore aux polypes, est aujourd'hui considérée par Quénu et Hartmann comme un épithélioma cylindrique¹.

Aussi, pour légitimer la dénomination de polype, trois caractères nous semblent aujourd'hui nécessaires et suffisants : le polype est la tumeur² pédiculée, développée sur les parois rectales, qui réalise les desiderata cliniques de la bénignité.

Mais les documents publiés sur les polypes du rectum se rapportent presque exclusivement à des adénomes, comme en fait foi l'analyse critique des observations anatomo-pathologiques. L'histoire des polypes du rectum se réduira pour nous à l'étude des adénomes pédiculés.

Dans un autre chapitre de cet ouvrage, nous passerons en revue les tumeurs qui peuvent exceptionnellement se développer sur les parois du rectum.

MONOADÉNOMES PÉDICULÉS DU RECTUM

Historique. — L'histoire des polypes du rectum ne s'est guère constituée que depuis une cinquantaine d'années.

Avant 1841, nous ne trouvons que trois observations qui puissent, en toute certitude, être rapportées à des polypes de l'enfance. La première date de 1760; elle est de Leutaud, chirurgien juré de la ville d'Arles, et fut insérée dans l'ancien *Journal de Médecine*. La seconde remonte à 1776 et

(¹) La tumeur villeuse des Anglais a été rapprochée par MOLLIERE des papillomes du rectum; par HAMONIC, par DELBET et MOUCHET de la rectite proliférante. Ce fait, signalé par MOLLIERE, qu'on y trouve des rubans ou des cylindres creux d'épithélium, justifie assez l'interprétation de MM. QUÉNU et HARTMANN.

(²) Au sens anatomo-pathologique.