

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : rectum (prolapsus,
excision)**

**DELORME, E. - Sur le traitement des
prolapsus du rectum totaux, par
l'excision de la muqueuse rectale ou
recto-colique**

*In : Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie
de Paris, 1900, Vol. 25, pp. 499-518*

Communication.

Sur le traitement des prolapsus du rectum totaux, par l'excision de la muqueuse rectale ou recto-colique,

par M. DELORME.

Lorsque le 14 février 1899, je vous présentai un malade guéri depuis près de quatre mois d'un prolapsus du rectum avec invagination, après avoir subi l'ablation d'un manchon muqueux de 30 centimètres et que je vous parlai d'un deuxième opéré chez lequel, pour un prolapsus également invaginé, j'avais porté l'excision muqueuse à 80 centimètres, je m'étais engagé à revenir sur les observations de ces opérés et à décrire l'opération que j'avais pratiquée sur eux.

Le moment me semble venu de le faire pour deux raisons : et d'abord parce que votre attention vient d'être attirée sur la question du prolapsus du rectum par la très intéressante communication de notre collègue M. Gérard Marchant, ensuite parce que j'ai à vous montrer un nouvel opéré qui, depuis dix mois et demi, a subi la même intervention et présente un résultat définitif satisfaisant.

L'opération à laquelle j'ai eu recours consiste dans la séparation attentive de la muqueuse sur la masse ano-rectale et au-dessus dans les prolapsus *totaux à globe unique*; dans les prolapsus à *globe double*, elle consiste dans la séparation de la muqueuse du cylindre invaginant, de la paroi externe du cylindre invaginé, du canal du cylindre invaginé dans une certaine étendue, enfin dans la suture de la muqueuse à l'orifice anal.

Cette excision d'un manchon muqueux, réservée jusqu'ici au traitement des procidences purement muqueuses, n'a pas, vous le savez, trouvé place dans la thérapeutique des prolapsus totaux avec ou sans invagination.

On comprend bien qu'il en soit ainsi.

Pourquoi, en effet, eût-on songé à l'ablation pure et simple de la muqueuse, quand toutes les tuniques du rectum font partie intégrante de ces prolapsus totaux? Cette pratique devait paraître insuffisante, et aujourd'hui que la pathogénie la plus acceptée des prolapsus ne fait plus jouer de rôle à la muqueuse ou réduit considérablement ce rôle, il y aurait moins de raison encore qu'autrefois d'y songer.

Eh bien, Messieurs, le malade que je vous ai présenté en 1899,

celui-ci, démontre que cette opération, en apparence paradoxale, est suffisante et bonne, même dans les grands prolapsus. Chez l'un comme chez l'autre, il n'y a pas trace de récurrence, même pendant l'effort soutenu.

J'expliquerais volontiers semblables guérisons de la façon suivante :

Dans les prolapsus avec invagination, le *cylindre engainant*, cruenté par l'ablation de sa muqueuse, adhère au *cylindre engainé* également cruenté.

Tout glissement de l'un sur l'autre, si facile quand une muqueuse lisse les tapissait, est devenu dès lors *impossible*.

D'un autre côté, par le fait de l'accolement des surfaces engainantes et engainées du prolapsus, on a accumulé au niveau de l'anus la couche régulière, soigneusement conservée, de muscles lisses qui continue le sphincter interne, couche très hypertrophiée le plus souvent et dont l'épaisseur et la continuité étonnent l'opérateur.

Ces fibres, qui restent en rapport avec leurs vaisseaux et leurs nerfs, viennent renforcer l'action des sphincters naturels.

Lorsque, chez ce malade qui était atteint d'un prolapsus avec invagination, on pratique le toucher rectal, l'index pénètre, dans l'étendue de sa première phalange et dans les deux tiers de sa deuxième phalange, dans un canal épais, extensible et contractile. Ce canal serre activement le doigt dans toute son étendue quand le malade ferme son orifice anal.

Ce n'est pas tout. Après le sacrifice d'un grand manchon de la muqueuse, celle qui reste est plus ou moins tendue; elle forme une sorte de sangle élastique susceptible de résister aux pressions abdominales qui se répercutent sur l'anus, que ces pressions viennent de l'hédocèle ou se transmettent directement à l'intestin.

Ainsi *suppression du glissement, augmentation d'épaisseur des tissus contractiles* dans la région sphinctérienne, *tension de la muqueuse*, tels sont les avantages réalisés par la paradoxale excision d'un grand manchon muqueux dans les prolapsus avec invagination.

Dans les prolapsus sans invagination, le *tassement* des tissus au niveau de l'orifice anal et la *tension* de la muqueuse me semblent pouvoir expliquer la guérison.

Voilà pour l'explication. Elle me paraît rigoureusement déduite de l'étude des faits. Serait-elle défectueuse que la chose importerait peu au chirurgien comme à son opéré. L'opération guérit. C'est l'essentiel.

Cette opération comprend trois temps, mais, avant de la subir,

le malade a été l'objet de la préparation préliminaire spéciale à laquelle on a recours chez les malades opérés dans la région ano-rectale : son intestin a été soigneusement débarrassé de tout contenu gênant et infectant. Il a été purgé l'avant-veille ou la veille; des séries de lavements d'eau bouillie, boriqués, glycé-
rinés, lui ont été administrés l'avant-veille, la veille, le matin même du jour de l'opération. Depuis quelques jours déjà, il était soumis à une diète lactée et à l'action d'un antiseptique intestinal, du salol par exemple.

La région a subi l'antisepsie habituelle, qui serait insuffisante, en raison des selles, si elle n'était reprise au moment de l'opération.

Le chloroforme est confié à un aide très sûr.

La cavité rectale est obstruée par des tampons antiseptiques.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — L'opération comprend : 1° la *dilatation de l'anus*; 2° la *séparation des sphincters et de la muqueuse*; 3° la *section de la muqueuse et sa suture*.

1° *Dilatation du sphincter*. — Elle est pratiquée progressivement avec les doigts jusqu'au contact des ischions. Il est bon de la confier à un aide. Je préfère la dilatation digitale à la dilatation mécanique, plus rigoureuse.

2° *Séparation du sphincter et de la muqueuse*. — Sur la région anale bien tendue par l'application de nombreuses pinces sur la muqueuse, on trace, à la réunion de la muqueuse et de la peau, une incision demi-circulaire postéro-inférieure à laquelle fait suite une incision demi-circulaire supérieure ou antérieure.

La section muqueuse ayant été, à mesure de son tracé, soigneusement repérée par des pinces, on la *décotte* circulairement dans une faible étendue avec le bistouri ou plutôt avec un instrument mousse, le bec d'une sonde cannelée, la pointe de ciseaux mousses, l'ongle du pouce ou de l'index; puis, en haut, où l'opérateur est moins gêné par le sang, on découvre la surface extérieure et le bord libre du sphincter externe, dont la conservation intégrale est indispensable.

Il est bon de savoir que ce bord libre peut être reporté à quelque distance en dedans de l'incision, vers l'orifice anal.

Par la séparation de la muqueuse qui le recouvre, le bord du sphincter externe est successivement dégagé dans toute l'étendue de la plaie.

En suivant exactement la face extérieure de la muqueuse, on dégage, avec les mêmes instruments mousses, la totalité des fibres rouges du sphincter externe, les fibres presque blanches du sphincter interne, les fibres annulaires blanches de la mus-

culeuse qui lui font suite et qui, très hypertrophiées, forment une couche épaisse, continue, de l'aspect de la chair de poisson. Cette séparation s'effectue d'abord en haut où le sang gêne moins l'opérateur.

Ce n'est qu'après avoir trouvé son plan de clivage, que le dégagement de la muqueuse tendue par la traction de pinces appliquées

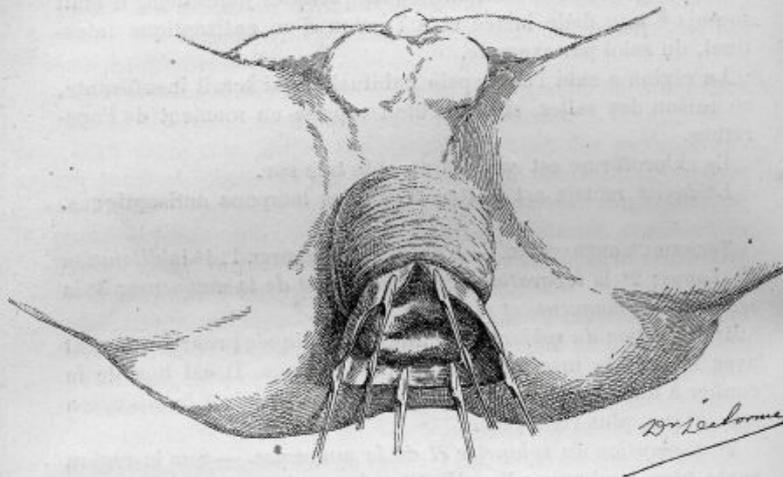


FIG. 1 (2^e temps).

Dissection de la muqueuse du globe d'un prolapsus avec invagination (obs. 1).

La muqueuse a déjà été excisée dans une certaine étendue, puis repérée par des pinces.

Au-dessus d'elle, on remarque une partie du globe prolapsé, cruenté déjà, et dont la surface est recouverte des fibres annulaires de la musculature formant une couche continue.

Au milieu du capuchon muqueux apparaît l'orifice du canal invaginé.

sur elle ou par celle de pinces placées sur le prolapsus, est continué sur les côtés et en bas.

A mesure que le dégagement de la muqueuse se poursuit, apparaît et se développe dans les prolapsus avec invagination un globe volumineux sur lequel sont étalées les fibres circulaires de l'intestin (voyez fig. 1).

C'est de ce globe qu'est séparé le manchon muqueux.

Lorsqu'on a dépassé le fond du sillon qui sépare le cylindre invaginant du cylindre invaginé et qu'on est arrivé à la dissection de la muqueuse du canal de ce dernier, ce globe a 12 centimètres de long sur 10 de large (voyez fig. 2).

La séparation de la muqueuse peut être poursuivie, circulairement, jusqu'à son point d'excision ou bien, pour se donner du jour, elle est sacrifiée circulairement après avoir été

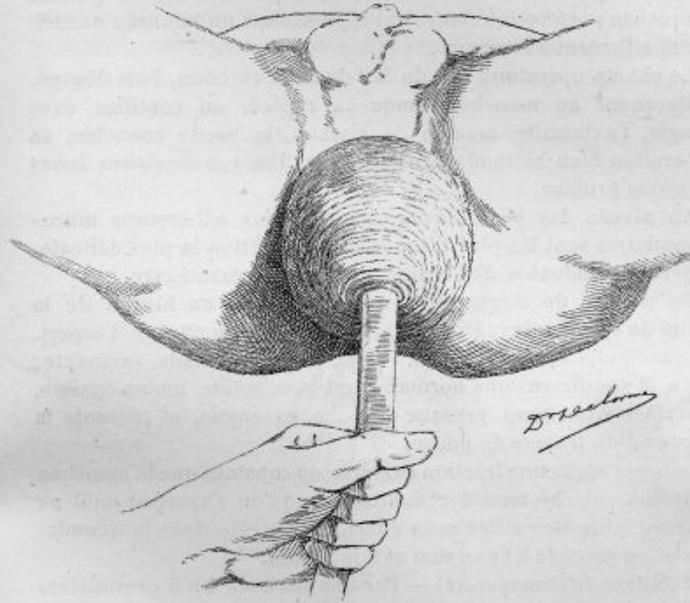


FIG. 2. (Fin du 2^e temps).

La dissection de la muqueuse a été prolongée dans le canal du cylindre invaginé.

Le globe prolabé, dont la surface est recouverte de la couche continue des fibres annulaires très nettes de la musculature, a acquis le maximum de son développement (12 centimètres sur 100).

La main de l'opérateur tire sur le manchon muqueux formant, à partir de l'orifice du cylindre invaginé, un cylindre aplati et régulier.

Le dégagement muqueux représenté ici a une longueur exceptionnelle (obs. 2).

disséquée dans une certaine étendue, puis reprise par une série de pinces (fig. 1).

Il m'a semblé préférable d'agir de la façon suivante :

Après l'avoir dégagée dans une étendue de 8 à 10 centimètres, surtout en *avant* et sur les *côtés* où elle est le plus accessible et moins adhérente qu'en *arrière*, on complète sa séparation en *arrière* et en *haut* dans une étendue de quelques centimètres; on place en travers d'elle une ou deux pinces qui obturent sa cavité;

au-dessous d'elles, d'autres pinces transversales de repère sont disposées, puis on coupe le manchon muqueux entre les deux séries de pinces. On achève de haut en bas et non plus de bas en haut, ce qui était moins facile, la séparation de la portion muqueuse postéro-inférieure qui représentait un lambeau quadrilatère adhérent au sacrum.

Le champ opératoire est, du fait de cette excision, bien dégagé.

Revenant au manchon muqueux repéré, on continue avec l'ongle, l'extrémité mousse de ciseaux, la sonde cannelée, sa séparation bien méthodique d'avec les fibres musculaires lisses du globe prolabé.

Au niveau des plis d'invagination où les adhérences muco-musculaires sont les plus intimes et la dissection la plus délicate, l'opérateur redouble d'attention et ralentit sa manœuvre.

On arrive, de dégagement en dégagement, au niveau de la cavité du cylindre invaginé. Bientôt la muqueuse change d'aspect. Jusque-là elle avait été large, rouge, épaissie, friable, saignante; elle a à ses dimensions normales, est plus solide, moins épaisse, à surface extérieure presque blanche, exsangue, et présente la largeur d'un travers de pouce.

Lorsque après une traction modérée on constate que le manchon muqueux relâché tend à remonter, lorsqu'on s'aperçoit qu'il ne pourrait plus être attiré sans effort, on s'arrête dans la dénudation et on procède à l'excision et à la suture.

3^e *Suture de la muqueuse.* — Par une fente de 4 à 5 centimètres de longueur pratiquée sur la paroi antérieure de la muqueuse (voyez fig. III), un peu au-dessus du point où doit porter son excision circulaire définitive, on passe de dehors en dedans, puis de dedans en dehors quatre fils de soie (n° 4) en U, qui, en haut, en bas, à droite, à gauche réunissent la muqueuse à la peau anale (à quelque distance de sa section).

Les nœuds de ces quatre sutures cardinales doivent être placés en dehors pour en faciliter l'ablation (voy. fig. IV).

Ces fils de *soutien* disposés, chaque quart de circonférence de muqueuse, intermédiaire entre les fils en U, est suturé à points passés à mesure qu'il est sectionné (fig. IV).

Quatre fils, plus au besoin, sont disposés entre chaque fil en U.

Bien que le champ opératoire, surtout lors du dégagement des huit premiers centimètres du manchon muqueux soit constamment souillé par du sang, il est rare qu'on ait à procéder à une ligature. Le sang est fourni surtout par des veines ou de petits ramuscules artériels.

Le pincement en assure l'hémostase.

L'opération est terminée; elle a duré une heure environ.

Pansement. — Le pansement que j'ai utilisé consiste dans l'application de quelques gazes iodoformées ou salolées au niveau de l'anus, et dans un enveloppement ouaté contentif embrassant le périnée, les fesses, la racine des cuisses.

Pour éviter toute traction sur la région anale pendant les mou-

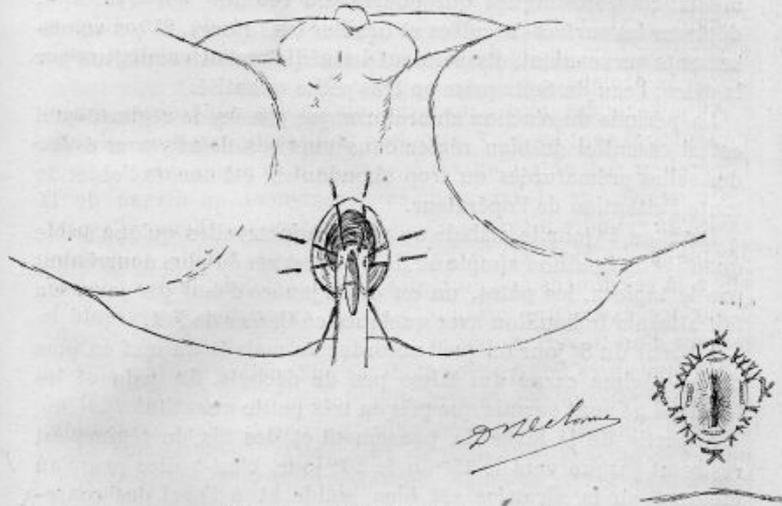


FIG. 3. — Suture de la muqueuse.

La figure montre l'incision de la paroi antérieure du cylindre muqueux pratiquée pour le passage de quatre sutures de soutien en U.

On distingue les anses des sutures supérieure et inférieure dans la cavité intestinale; celles des sutures latérales sont représentées par un pointillé.

FIG. 4. — Résultat immédiat de l'opération :

Sutures de soutien cardinales; sutures à points passés dans leur intervalle.

vements d'abduction des membres inférieurs, les genoux entourés d'ouate sont réunis par des bandes.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Ils sont tous dirigés en vue d'assurer le repos absolu de l'intestin jusqu'à la guérison solide de la plaie.

L'*immobilisation* persistante de la région opérée par un pansement étendu, très contentif, et la réunion des genoux sont de rigueur.

Constipation. — Le malade est constipé par l'opium jusqu'à la levée du premier pansement, du dixième au douzième jour (8 pilules d'opium de un centigramme ou 30 gouttes de laudanum

pendant les trois ou quatre premiers jours; 6 pilules ou 25 gouttes de laudanum les jours suivants.

L'administration de l'opium constitue, pour moi, une précaution indispensable. Le repos de l'intestin est impossible à obtenir sans lui.

Régime. — Le malade est soumis à une *diète* sévère pendant les deux premiers jours pour éviter de provoquer des vomissements chloroformiques qui pourraient retentir sur l'intestin, déplacer les surfaces accolées et tirailler les sutures. Si ces vomissements survenaient, ils seraient immédiatement combattus par la glace, l'eau de Seltz prise en très petite quantité.

La période de réaction chloroformique passée, le régime, qu'il est si essentiel de bien régler dans tous ses détails pour éviter des selles prématurées ou trop abondantes, est encore l'objet de toute l'attention de l'opérateur.

Du 2^e au 8^e jour le malade ne prend à intervalles qu'une faible quantité de bouillon simple ou de bouillon rendu plus nourrissant par le tapioca, les pâtes, un ou deux jaunes d'œuf par jour. On fait alterner le bouillon avec quelques cuillerées de lait.

A partir du 8^e jour on peut accorder au malade un œuf en plus ou un régime carné qui laisse peu de déchets. Le pain et les légumes ne sont permis que pris en très petite quantité.

A partir de la levée du pansement et des fils, le régime est restreint jusque vers le 13^e ou le 20^e jour, c'est-à-dire jusqu'au moment où la cicatrice est bien solide et à l'abri des conséquences d'une distension forcée par un bol fécal volumineux.

La miction, retardée les premiers jours, s'effectue spontanément. Certains opérés pourraient imposer le catéthérisme.

Levée du pansement, ablation des fils. — Le pansement est levé le 10^e jour; la plupart des fils à points passés sont tombés, les fils en U sont sectionnés.

La levée du pansement et l'ablation des fils ont lieu, les deux membres inférieurs restant upis par le pansement des genoux, tout mouvement d'abduction des membres inférieurs comme toute pression un peu exagérée exercée sur les fesses, pour les écarter, pouvant distendre, voire rompre la cicatrice en certains points.

Après la levée des fils, le pansement est remplacé dans ses pièces profondes et maintenu pendant deux jours encore pour permettre aux trajets que laissent ces fils de s'obturer.

Décongestion. — La première selle, très abondante, est facilitée, le 12^e jour, par des séries de lavements donnés par une personne exercée et soucieuse de mettre la cicatrice à l'abri de toute pression intempestive.

Les lavements glycélinés (80 grammes), vaselinés (80 grammes), boriqués tièdes, ou d'eau bouillie (500 grammes), sont donnés après avoir pris soin de faire relever le bassin du malade pour qu'il puisse les garder plus longtemps.

Ils sont suivis d'un *lavage* horiqué de la plaie.

Pour la première selle, le pansement des genoux est encore maintenu.

Le malade est autorisé à se lever du 20^e au 25^e jour.

Certaines de ces précautions pourront paraître exagérées. Elles n'ont rien d'excessif, leur oubli pouvant à tout jamais compromettre le résultat de l'opération la mieux conduite, en permettant la distension ou l'ascension d'une cicatrice qui doit rester linéaire et anale.

OBSERVATIONS. — Elles m'ont toutes trois été fournies par des adultes.

OBSERVATION I. — *Prolapsus rectal volumineux, datant de l'âge de trois ans, séparation d'un manchon muqueux de trente centimètres de longueur; section transversale, suture; guérison par première intention.*

Le nommé Brag... (Alexandre), de Chenières (Meurthe-et-Moselle), vingt-deux ans, tailleur de profession, soldat au 37^e régiment d'infanterie, entre dans mon service à l'hôpital du camp de Châlons, le 3 octobre 1898, pour y être traité d'une chute de rectum.

Celle-ci aurait débuté, à son dire, à l'âge de trois ans, mais jusqu'à neuf ans elle n'avait reparu qu'à de longs intervalles et le malade n'aurait ressenti des douleurs que de loin en loin en allant à la selle.

A neuf ans, il reçoit de son père un violent coup de pied dans la région anale. Il y éprouve de vives douleurs, est obligé de s'aliter quelques jours, au bout desquels, en allant à la selle, il tombe en syncope. Sa mère en le relevant constate la réapparition du prolapsus.

Celui-ci persiste quelques mois, puis jusqu'à vingt et un ans et demi la chute rectale se reproduit au moindre dérangement intestinal, tous les 8, 10, 15 jours et plus.

Au conseil de revision, à la visite d'incorporation, Brag... cache soigneusement son infirmité; mais en octobre 1898, les douleurs qu'il éprouve pendant les exercices et après les selles, la persistance de la tumeur rectale, les difficultés qu'il rencontre pour se traiter, le forcent à provoquer son envoi à l'hôpital.

Au moment de son entrée, sortait par l'anus une masse plutôt globuleuse que cylindrique, de 8 à 10 centimètres de long sur 6 de diamètre, bien plus saillante en avant. La muqueuse de ce prolapsus était violacée, un peu boursoufflée, sécrétante, non ulcérée.

Quelques jours après la réduction du prolapsus, la muqueuse reprenait un aspect plus normal.

Le prolapsus complet, invaginé, sortait au moindre effort et rentrait avec facilité, soit par une pression directe soit par un mouvement de flexion du tronc en arrière. Sillon périanal antérieur, profond de plusieurs centimètres; sillon postérieur profond de huit centimètres. En arrière, le doigt sent le rectum lisse, adhérent au sacrum; orifice regardant en arrière.

Douleurs pendant les marches, dans les reins, à la face interne des cuisses, dans la vessie; incontinence d'urine intermittente.

Cet homme, de bonne santé habituelle, assez vigoureux, présente un périnée solide et un sphincter assez résistant.

Opération. — Le 19 octobre, en présence de mes collègues, MM. les D^{rs} Comte, Lenoir, Lanel, Talayrach, Fargin, Imbert et Vincent, je pratiquai, sous une anesthésie chloroformique régulière, l'opération telle que je viens de la décrire, aussi je n'en rapporterai ici que les détails particuliers à ce malade.

1^o *Dilatation du sphincter* par les doigts jusqu'au contact des ischions. Le sphincter résiste assez bien. Je suis frappé ainsi que mes assistants par l'ampleur de l'ampoule rectale.

La partie invaginée qui saute à l'œil est, pendant le repos chloroformique, distante de l'orifice anal de la longueur de l'index. Je l'attire avec des pinces hémostatiques et reproduis les dispositions déjà indiquées : cul-de-sac peu profond dans la demi-circonférence antérieure, cul-de-sac de 8 centimètres dans la demi-circonférence postérieure; cylindre invaginé.

Cessant de tirer sur les pinces, on voit la face rectale postérieure bien étalée et fixe. Après cette constatation, je n'aurais pu m'arrêter à l'idée d'asujettir ou de retenir l'ampoule rectale en arrière, car les liens de fixation naturels étaient de ce côté aussi solides que les liens artificiels auxquels j'aurais pu avoir recours, et il était manifeste qu'en agissant ainsi, je n'eusse pas agi sur la portion intestinale prolabée.

Je persistai donc dans mon idée première de faire l'ablation sous-péritonéale ou plutôt muqueuse du prolapsus. C'est ce dernier parti que je suivis.

2^o *Dégagement du sphincter externe.* — Sur la région anale bien tendue, je pratiquai, un peu en dedans de la réunion de la peau et de la muqueuse, comme pour l'excision des hémorroïdes par le procédé Whitehead, une incision demi-circulaire postérieure, complétée par une incision demi-circulaire antérieure, et je mis à nu le sphincter externe en haut d'abord, pour n'être pas gêné par le sang.

Je dus rechercher par la dissection de la muqueuse le bord libre de ce sphincter bien en dedans des limites de la ligne d'incision cutanéomuqueuse. Je le séparai d'abord dans la demi-circonférence supérieure ou antérieure, où le sang masque moins ses limites, pour terminer par le dégagement de la demi-circonférence postérieure.

3^o *Dégagement de la muqueuse.* — Je décollai ensuite la muqueuse intestinale en avant et en arrière en m'aidant peu du bistouri, mais

surtout du doigt, d'une sonde cannelée, de la pointe de ciseaux mousses, en ménageant avec soin les fibres rosées du sphincter interne et les fibres annulaires de la musculature qui lui faisaient suite et qui, hypertrophiées, formaient une couche épaisse, continue.

La séparation de la muqueuse, quelque peu pénible à cause de ses adhérences, fut prolongée tout d'abord dans l'étendue de 8 à 10 centimètres en avant et sur les côtés et dans une moindre étendue en arrière et en bas, les parties postéro-latérales du prolapsus étant moins accessibles et le repérage de la paroi musculaire y étant moins facile.

A cette limite de 10 centimètres je complétais circulairement la séparation de la muqueuse en arrière dans une faible étendue et, plaçant en travers des pinces hémostatiques sur le manchon muqueux, je le sectionnai transversalement au-dessous d'elles. J'achevai de haut en bas, par une dissection aidée de tractions, le dégagement de la portion muqueuse postéro-inférieure encore adhérente. Le champ opératoire se trouva bien dégagé du fait de cette ablation.

Repérant à nouveau le manchon muqueux par des pinces (voy. fig. 1), je continuai avec l'ongle, l'extrémité mousse de ciseaux, à en séparer bien méthodiquement les gros anneaux de fibres musculaires lisses. Accolés directement à la muqueuse, sans interposition de tissu infiltré, ils formaient une nappe continue étalée sur une tumeur globuleuse et régulière dont l'accroissement progressif me surprit.

Après avoir franchi le pli d'invagination, où les adhérences muco-musculaires étaient plus intimes et la dissection plus délicate, cette tumeur acquit les dimensions supérieures à celles d'une tête de fœtus. Elle avait 10 centimètres de diamètre transversal sur 12 centimètres de diamètre vertical (voy. fig. 2).

Dépassant les limites de l'ouverture du cylindre interne invaginé, je ne m'arrêtai dans la dénudation de la muqueuse que quand je me fus assuré, par une traction suffisante mais non excessive, que le manchon muqueux ne pourrait plus être attiré sans un léger effort.

Il était vraisemblable que je serais alors à l'abri de tout glissement ultérieur.

Mesure exacte et bien prise au moment de l'opération, renouvelée après elle, l'étendue du manchon muqueux abrasé était de 30 centimètres.

Suture de la muqueuse. — Par une fente de 5 centimètres pratiquée sur la paroi antérieure du manchon muqueux, un peu au-dessus du point où devait porter son excision circulaire définitive, je fis alors passer quatre fils de soie (n° 4) en U qui, en haut, en bas, à droite, à gauche, réunirent la peau anale (à une petite distance de son incision) à la muqueuse.

Nœuds en dehors.

Quatre fils furent disposés entre chaque section en U après section successive de chaque quart de circonférence de la muqueuse. L'affrontement était complet.

Durée de l'opération. — Une heure un quart.

Gaze iodoformée sur la plaie, pansement ouaté contentif embrassant le périnée, les fesses, la racine des cuisses. Réunion des deux membres inférieurs au niveau des genoux bien entourés d'ouate au préalable.

Diète absolue le premier jour; quelques nausées. Glace en très petite quantité. 8 pilules d'opium de 1 centigramme, piqûre de morphine de 1 centigramme le soir. Miction retardée mais spontanée. Température 37°2. Pouls normal. Quelques douleurs anales, nuit calme.

Deuxième jour. — Teinte subictérique qui persiste quelques jours. État général bon. Coliques produites par les gaz; même dose d'opium; cuillerée de bouillon toutes les deux heures; petits fragments de glace. Température et pouls normaux; pas de sensibilité du ventre; soif très vive produite par l'opium et calmée par le rinçage fréquent de la bouche.

Troisième jour. — La soif persiste vive. Température 37°4 et 37°7. Pouls 74. Le malade évacue moins de gaz que la veille; mictions normales, pas de douleurs. Une cuillerée de bouillon toutes les heures. Opium, 8 pilules de 1 centigramme.

Quatrième jour et suivants. — La température est toujours normale, le pouls régulier, la sensation de soif est moins vive dès le 4^e jour. Pas de coliques. L'ictère disparaît le 6^e jour.

Le régime, qu'il est si essentiel de bien régler pour éviter des selles prématurées ou trop abondantes, a consisté: le 4^e jour, en une cuillerée de bouillon et de lait toutes les heures; le 5^e et les suivants, en deux cuillerées de bouillon et de lait toutes les heures, et en plus un œuf clair, puis deux, à partir du 8^e jour. Opium, 8 centigrammes par jour jusqu'à la levée du pansement, le 11^e jour.

Le 11^e jour, diminution de l'appétit, coliques, issue de grandes quantités de gaz. Température 38 degrés. Pouls 90. Le pansement du périnée est défait. Ablation de 4 à 5 fils et des fils de soutien; les autres sont tombés. La cicatrisation est complète et linéaire.

Plusieurs lavements glycélinés (80 gr.) ou vaselinés (80 gr.) sont donnés avec les plus extrêmes précautions pour éviter une violente débâcle et pour ne pas compromettre la réunion par des pressions intempestives de la canule. Selle abondante, facile, suivie chez ce malade, pendant deux jours, d'une légère diarrhée qui cède au salicylate de bismuth.

Nourriture normale. Levée du malade le 20^e jour. Guérison complète.

Lorsque le malade fut présenté à la Société de chirurgie près de quatre mois après l'opération, le résultat était satisfaisant; depuis lors, la guérison s'est maintenue: les selles sont faciles, régulières, et le prolapsus n'a pas reparu.

OBS. II. — *Prolapsus rectal volumineux datant de l'âge de huit ans; séparation d'un manchon muqueux de 80 centimètres de longueur; section transversale. Suture. Mort.*

Le 18 novembre 1898, entré à l'hôpital du camp de Châlons le nommé X..., de Puteaux, jeune soldat du 37^e régiment d'infanterie. Il avait, et à la visite d'incorporation et au conseil de revision, dissimulé son infirmité.

Parisien d'origine, bien bâti, nerveux, il n'accusait rien dans ses antécédents qui expliquât la production de la chute rectale. Il m'apprenait que son prolapsus datait de l'âge de huit ans, qu'après le moindre effort de défécation celui-ci sortait d'une longueur égale à celle de l'index et rentrait avec la plus grande facilité.

Depuis cet âge il était également atteint d'incontinence d'urine (chaque jour, six à huit mictions).

À l'examen je constate un prolapsus total des dimensions longitudinales indiquées, sortant au moindre effort; après réduction, le sphincter se contracte d'une façon assez énergique; le périnée est solide. Troubles digestifs nuls.

Après avoir préparé le malade comme le précédent je pratique chez lui l'opération décrite, le 24 novembre, avec le concours de mes collègues MM. les D^{rs} Comte, Imbert et Vincent, attachés à l'hôpital du camp.

L'orifice anal étant, sous la chloroformisation, assez béant pour admettre librement deux doigts, je juge la dilatation inutile et compromettante pour l'intégrité du sphincter et, après avoir repéré la muqueuse par quelques pinces hémostatiques, je procède d'emblée à sa section circulaire, à son union avec la peau, en commençant par la demi-circonférence inférieure pour terminer par la demi-circonférence supérieure.

Bien me prit, pendant cette section, de ne comprendre que la muqueuse dans le tracé d'incision, car si j'en avais dépassé d'emblée les limites, j'eusse compromis en partie l'intégrité du sphincter externe. Le bord libre de celui-ci, en effet, en raison du peu d'adhérences que la muqueuse avait conservées avec lui et de la distension qu'il avait subie, répondait non à l'union de la peau et de la muqueuse, mais à quelques centimètres en dedans de ce point comme chez mon premier opéré.

La surface et le bord du sphincter externe dégagés en haut, sur les côtés, puis en bas, je continuai, tantôt avec la sonde cannelée, la pointe des ciseaux mousses, l'ongle du pouce, la séparation de la muqueuse sur le premier cylindre et particulièrement sur sa demi-circonférence antérieure, la plus accessible et la plus adhérente. À ce moment, des troubles respiratoires graves me forcèrent à interrompre la chloroformisation et à pratiquer la respiration artificielle.

Les difficultés de l'hémostase, qui se prolongèrent jusqu'au milieu de l'opération, la compliquèrent et, en masquant le champ opératoire par une abondante rosée de sang noir, rendirent bien plus longue et plus pénible la séparation de la muqueuse que chez le précédent opéré.

Ces difficultés furent encore augmentées par la grande friabilité de cette muqueuse, qui conserva, même après sa séparation, une rougeur très marquée et morbide, tranchant sur la pâleur du manchon muqueux supérieur. Cette muqueuse se déchirait souvent sous la traction des pinces. Cette friabilité ne disparut qu'après que j'eus franchi les limites du deuxième cylindre.

Séparé successivement de sa muqueuse par l'ongle du pouce ou la pointe de ciseaux mousses, n'agissant comme instrument sécant que pour la séparation des tractus les plus résistants, le premier cylindre montra une surface musculaire d'un rouge jaunâtre, pâle, quand elle n'était pas souillée par le sang.

Cette couche était uniforme bien que formée par de longs faisceaux concentriques. La séparation du manchon muqueux ne nécessita que l'application de quelques pinces hémostatiques (4 ou 5) sur des vaisseaux artériels très petits répondant aux plans cardinaux.

Lorsque j'arrivai au niveau du manchon interne, pour me donner du jour, je sectionnai la muqueuse transversalement à quelques centimètres au-dessous de lui, et là repérai par de nouvelles pinces.

Chez cet opéré, comme chez le précédent, la séparation de la muqueuse fut particulièrement délicate et lente au point de réunion des deux manchons externe et interne. C'est à ce point de jonction que les adhérences de la muqueuse et de la musculature étaient le plus intimes, surtout en avant et sur les côtés. C'est là que je trouvai sur la muqueuse les vaisseaux les plus importants. Qu'il en soit ainsi normalement, ou que leur volume ait été lié à la gêne respiratoire du malade, toujours est-il que je vis la paroi externe de cette muqueuse, surtout sur les côtés et en arrière, recouverte, en ce point, de veines à parois dilatées comme celles de petites hémorroïdes. Leur présence est à signaler, bien qu'elles ne gênent que peu l'opérateur.

Lorsque, par des tractions aidées de coups de becs de sonde cannelée, de pointes de ciseaux ou d'ongle, j'eus dégagé la muqueuse sur la base et la partie saillante du cylindre interne, je fus frappé, comme mes assistants, par le volume et par la forme nouvelle que prit la tumeur rectale. Son volume s'exagéra de près de moitié, et, au lieu d'être formée de deux globes, elle ne représenta plus qu'une masse régulièrement arrondie de 12 centimètres de diamètre vertical et de 10 centimètres de diamètre transversal, exactement et plusieurs fois mesurés. Cette augmentation tenait probablement à la surdistension par l'intestin grêle de la poche de l'hydrocèle, auquel le dégagement de la paroi rectale intermédiaire entre les deux cylindres avait laissé la latitude d'un plus large développement (voyez fig. 2).

Dès ce moment la séparation de la muqueuse absolument saine et de calibre plus étroit ne fut plus qu'un jeu, tant elle fut aisée. Je l'effectuai en quelques minutes, je pourrais presque dire en quelques secondes, pour mieux frapper.

Ne me servant que de l'ongle ou exprimant le manchon muqueux entre le pouce et l'index droit, pendant que de la main gauche je l'attirais, j'arrivai à poursuivre son dégagement jusqu'à 80 centimètres

de l'orifice anal, comme je le constatai au cours de l'opération et comme mes assistants et moi le vérifièrent après. J'étais hanté par l'idée que le colon descendant participait au prolapsus. (La figure 2, qui représente la traction exercée sur la muqueuse saine, a été prise sur ce malade.)

Je m'arrêtai quand ma main gauche éprouva une sensation de résistance *très nette à une traction un peu forte* et quand, après cessation de toute traction, le manchon muqueux s'enfonça de 6 à 8 centimètres. Je pouvais dès lors légitimement supposer que l'intestin n'aurait plus aucune tendance à former un nouveau prolapsus.

Avant d'aller plus loin, je dois mentionner que, lors de la séparation de ses quinze à vingt derniers centimètres environ, le manchon muqueux apparut doublé par places de lobules graisseux, qu'il sembla moins protégé par des anneaux musculaires réguliers et qu'il était, dans l'intervalle des faisceaux de fibres, presque immédiatement, et très nettement, recouvert d'une membrane transparente et lisse qui n'était autre que le péritoine. Je redoublai d'attention pour la séparation de la muqueuse.

A partir du moment où la base du deuxième cylindre fut franchie, le dégagement muqueux s'opéra sans la déchirure d'un seul vaisseau important, aussi la face externe de la muqueuse conserva-t-elle jusqu'à la fin son aspect rosé, uniforme, contrastant avec la rougeur de la muqueuse épaissie, enflammée, des cylindres extérieurs.

Aucune ligature ne fut pratiquée, ni pendant, ni après l'opération.

Une très légère pression ayant réduit le globe musculéux qui tendait déjà à rentrer de lui-même lorsqu'on cessait toute traction sur le manchon muqueux qui le traversait, ce globe musculéux fut désinfecté soigneusement par un attouchement avec des compresses sublimées sèches, puis je rétrécis l'orifice sphinctérien par deux fils de soie perdus appliqués sur sa partie inférieure. Fixation et excision de la muqueuse suivant le procédé indiqué.

Le résultat immédiat fut celui d'une cure radicale d'hémorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse.

Pansement comme chez le précédent malade.

Réunion des deux genoux.

Durée de l'opération : une heure environ.

Pendant les quatre premières journées, cet opéré très nerveux ne présenta rien de particulier; sa température ne dépassa pas 37°5; son pouls était normal, sa miction retardée mais spontanée. Quelques vomissements chloroformiques le deuxième jour.

Sont à noter les mouvements incessants de ce malade, que n'arrêtent pas les observations vives du médecin traitant, ses envies fréquentes d'uriner, liées à son incontinence d'urine, nécessitant constamment des déplacements latéraux, lesquels ne peuvent être effectués par les infirmiers sans pressions abdominales.

Le quatrième jour, alors que tout faisait espérer une guérison sûre et brillante, la température s'élève à 38°4; le pansement souillé et odorant dut être enlevé.

Les sutures tenaient bien. Un liquide noirâtre, odorant, paraissant venir surtout de l'intestin, mais sortant aussi de l'intervalle de points de suture supérieurs, me forcèrent à procéder à un lavage boriqué de l'intestin et de la poche péri-intestinale.

Le cinquième jour, même état, même souillure, même réfection du pansement; température 37 degrés et 38°3; pouls très fréquent. Douleurs à la pression dans la fosse iliaque gauche et dans le creux épigastrique; facies abdominal, nausées.

Le sixième jour, pansement souillé par un liquide coloré, peu odorant; l'état général s'aggrave, vomissements.

Mort dans le collapsus à 10 heures et demie du soir.

L'autopsie, pleine d'enseignements, démontra à mes collègues, les D^{rs} Comte et Imbert, comme à moi, que les sutures n'avaient pas tenu.

L'extrémité du cylindre interne répondait à 6 centimètres de l'orifice anal.

La paroi rectale et celle du cylindre invaginé qui ressemblait à un museau de tanche très élargi, ballant dans la cavité rectale, étaient recouvertes d'une couche pulpeuse, facilement isolable. Faible quantité de liquide non odorant dans l'ampoule rectale.

Chose curieuse à constater : malgré l'étendue si considérable de l'abrasion muqueuse sur le vivant, la perte de substance de la muqueuse ne parut, ni à mes assistants ni à moi, avoir dépassé le niveau du promontoire sacré. Or, nous avons fixé, et à plusieurs reprises, toute notre attention sur ce point si important à relever et dont la constatation paraît paradoxale devant l'affirmation que 80 centimètres de muqueuse *non étirée* ont bien été enlevés.

La paroi rectale postérieure était fixement accolée au sacrum, et la lésion consistait dans une véritable invagination.

Les liens recto-coliques étaient solides. Il eût donc été inutile de procéder dans ce cas soit à une colopexie, soit à une ablation du côlon.

Le cul-de-sac péritonéal était intact, mais par propagation lymphatique le péritoine s'était infecté. Des adhérences étaient disséminées sur les anses de l'intestin grêle et du gros intestin, à gauche comme à droite, et quelques suffusions purulentes s'observaient entre les anses.

Bref, l'opéré avait succombé à une péritonite consécutive à l'infection aiguë du champ opératoire.

La chute des sutures, si solides d'ordinaire, est due en grande partie aux mouvements incessants de ce malade indocile que n'arrêtaient ni mes prières ni mes ordres, aux déplacements fréquents qu'imposaient ses envies fréquentes d'uriner et qui provoquaient de la part des infirmiers des pressions sur ses flancs et sa paroi abdominale, à la contraction du sphincter, que j'avais cru pouvoir me dispenser de dilater pour le mieux ménager, à l'étendue peut-être abusive de l'ablation muqueuse que je n'avais poussée si loin que parce que j'étais hanté par l'idée d'une participation du côlon descendant au prolapsus, idée dont l'autopsie me démontra le peu de valeur, au moins chez cet opéré. Toutes ces causes réunies : tension excessive de la muqueuse, immobilisation insuffisante, se sont opposées chez cet opéré à la

réunion de la muqueuse et à l'accolement permanent des cylindres. Cet insuccès m'impressionna très vivement, mais est explicable par des causes dont il était facile de me rendre compte et qui tenaient à la fois à une technique mal précisée et à un malade indocile; il ne put me faire douter de la valeur de l'opération même, et un nouveau et beau succès fourni par l'opéré que je vous présente m'a rendu en elle une confiance un instant ébranlée.

Obs. III. — *Prolapsus ano-rectal datant de l'enfance, résection de 28 centimètres de muqueuse intestinale, guérison par première intention.*

Le nommé No... (Alfred), soldat au 106^e régiment d'infanterie, ex-charbonnier à Villeneuve-Saint-Georges, entre à l'hôpital militaire de Vincennes en avril 1899, porteur, depuis l'enfance, d'un prolapsus ano-rectal total qu'il a dissimulé au moment de son incorporation.

Le prolapsus fait en dehors de l'anus une saillie de 8 centimètres environ pendant l'effort; il présente les sillons classiques. La muqueuse, congestionnée, fournit une sécrétion glaireuse. Constipation habituelle.

Le périnée ne semble pas avoir une résistance en rapport avec la musculature et la vigueur de ce malade; il bombe en haut.

Le 18 juin 1899, après les préparatifs d'usage: diète lactée pendant quelques jours, purgatif l'avant-veille de l'opération et salol, nombreux lavements antiseptiques la veille et le matin même, je pratique, avec l'assistance de mes collègues, MM. les D^{rs} Bourdon, Gils, Daireaux, Metzger, une excision d'un manchon muqueux de 28 centimètres de long.

Dilatation anale, ampoule rectale énorme.

Dégagement de la muqueuse sur la surface et le bord du sphincter externe, sur le sphincter interne et sur le globe formé par la musculature.

Les fibres de cette membrane, bien développées, forment une nappe continue que le bec de la sonde cannelée, la pointe de ciseaux, l'ongle suivent aisément. Rosée veineuse légère qui ne gêne pas l'opérateur. Les fibres de la musculature, très pâles d'abord, ressemblant à de la chair de poisson peu cuite, prennent une teinte rosée de plus en plus accusée, à mesure qu'elles sont plus longtemps exposées à l'air.

La tumeur rectale augmente notablement de volume, surtout après le dégagement de la muqueuse au fond des sillons.

La muqueuse, friable, se déchire fréquemment sous la traction des pinces.

Après un dégagement circulaire sur une hauteur de 10 centimètres environ, la muqueuse est excisée pour me donner du jour et prévenir l'infection du champ opératoire. Après cette excision, elle est repérée à nouveau avec des pinces.

Un peu au-dessus du canal invaginé, la muqueuse devient normale; elle est presque exsangue, d'un blanc rosé très atténué; ses adhérences sont très faibles et il suffit d'exercer sur elle une traction axiale modérée et de donner, au point où elle se réunit à la musculature, quelques coups d'ongle pour la séparer de cette dernière.

Je cesse de la dégager quand la traction exercée sur le manchon muqueux fait éprouver une *très faible* sensation de résistance et quand, en cessant ces tractions modérées, ce manchon muqueux remonte légèrement.

Section de la muqueuse et sutures placées d'après le mode décrit.

Pansement habituel.

Durée de l'opération : une heure dix.

Réveil facile. Diète complète le premier jour, presque complète le deuxième jour, pour éviter les efforts de vomissement (fond de cuillerée de bouillon toutes les deux heures); lavages de la bouche fréquents avec de l'eau fraîche pour tromper la soif; opium, 8 centigrammes par jour.

Quelques nausées, pas de vomissements, miction retardée mais spontanée.

La constipation est prolongée jusqu'au quatorzième jour, grâce à l'opium et à une alimentation presque exclusivement carnée et peu substantielle donnée à partir du huitième jour.

Le pansement est levé et les derniers fils en U enlevés le douzième jour; les autres étaient tombés spontanément.

Première selle très difficile, même avec des lavements abondants.

Malgré les efforts de défécation, le prolapsus ne se reproduisit pas et l'adhésion cutanéomuqueuse resta solide.

L'opéré se leva le seizième jour.

L'opération date actuellement de dix mois et demi; le résultat obtenu est le suivant :

Cicatrice invisible. L'anus a ses plis rayonnés normaux. A l'inspection de la région, le malade ne semble pas avoir subi d'opération. Le périnée paraît plus résistant. Pendant l'effort, la muqueuse anale est invisible; toute trace de prolapsus a disparu. Au toucher rectal, l'orifice anal est normalement dilatable, le sphincter contractile. Au lieu de tomber presque directement dans l'ampoule rectale, le doigt pénètre dans un canal extensible doublé d'une muqueuse régulière, canal de la longueur de la première et des deux tiers de la seconde phalange de l'index. Ce canal serre le doigt lorsque le malade tend à fermer son anus. Au-dessus de ce canal, le rectum est brusquement et circulairement élargi sans avoir, à beaucoup près, ses dimensions normales.

Constipé avant l'opération, le malade va journellement à la selle; il retient ses matières et ses gaz.

En somme, l'intervention chirurgicale a amené une complète et solide guérison.

RÉSULTATS. — J'ai donc pratiqué trois fois cette opération qui n'a pas encore sa place dans la thérapeutique des prolapsus rectaux. Deux de mes malades ont guéri; un a succombé, mais ce serait, je crois, mal apprécier la valeur de cette méthode que d'en supputer la gravité d'après mes cas trop peu nombreux pour faire statistique, et sur lesquels pèse, comme une ombre trop noire, cette deuxième intervention si différente de la première et de la dernière.

N'est-ce pas, malheureusement, le bilan habituel de toutes les opérations importantes d'entraîner, au début, une léthalité excessive qui s'atténue à mesure que leurs indications et contre-indications se précisent, que l'anatomie pathologique, opératoire, de l'affection est mieux connue et les soins consécutifs mieux réglés?

Au point de vue *fonctionnel* : sur mon premier opéré qui a été présenté à la Société de chirurgie et dont l'opération remonte aujourd'hui à dix-huit mois, le résultat a été très satisfaisant; sur celui-ci chez lequel l'excision muqueuse date de onze mois, le résultat est si complet qu'il ne porte aucune trace apparente de son opération, comme vous pouvez en juger.

Cicatrice invisible, plis rayonnés rétablis, prolapsus disparu avec son cortège de troubles, de douleurs, d'écoulements diarrhéiques alternant avec la constipation, etc., rectum continent, dilatable, fermé par un sphincter résistant, voilà ce qu'on constate.

Ce résultat est bien fait pour engager, jusqu'à épreuve complète de contrôle, à pratiquer cette opération.

CONCLUSIONS. — L'ablation de la muqueuse rectale, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus purement muqueux, est également applicable aux prolapsus du deuxième groupe, dans lequel toutes les tuniques de l'intestin participent à la chute rectale, qu'il y ait ou non invagination.

L'étendue de la portion muqueuse à exciser ne peut encore être précisée. L'expérience ultérieure nous fixera sur ce point d'un intérêt de premier ordre.

Il faut se garder de pratiquer des excisions trop étendues. Dans le prolapsus avec invagination, même volumineux, l'ablation de 20 à 30 centimètres paraît suffire. Peut-être pourra-t-on la réduire, voire se contenter de l'excision muqueuse du prolapsus même.

L'opération, qui consiste en une dissection longue, minutieuse, dans un champ opératoire étendu et souillé par une rosée sanguine assez abondante, est délicate.

Il serait bon de ne l'entreprendre qu'après s'être exercé, au préalable, à la cure radicale des hémorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse anale.

Le traitement consécutif a une importance de premier ordre. Un traitement consécutif mal dirigé, trop peu sévère, compromis par un malade indocile, peut atténuer ou annihiler le résultat de l'opération la mieux faite, exposer à l'infection du champ opératoire, à celle du péritoine, aux cicatrices vicieuses, aux rétrécissements du rectum.

Immobiliser la région anale jusqu'à production d'une cicatrice solide, tel est le but à poursuivre. Il ne doit pas être perdu de vue un instant.

L'opium, un pansement unique, occlusif et bien contentif, la ligature des genoux qui s'oppose aux dangereux mouvements d'abduction des membres inférieurs, une diète très rigoureuse d'abord, une alimentation aussi réduite que possible imposée jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie, une déconstriction prudente, la marche tardive, tels sont les moyens qui paraissent les mieux indiqués pour consolider la guérison.

Un ensemble de faits importants peut seul permettre d'apprécier la valeur exacte de cette opération, paradoxale en apparence, rationnelle en réalité, et plus simple que maintes des interventions qui lui sont opposables.

Cette même expérience ultérieure nous fixera sur les indications et contre-indications de cette méthode, nous dira si elle peut se suffire à elle-même ou si elle doit réclamer un appoint des procédés anciens.

Je la crois indiquée surtout chez l'adulte et l'enfant, chez lesquels les tissus présentent des conditions d'adhésion particulièrement favorables, lorsque le périnée est solide, les sphincters résistants, l'anus peu dilaté.

Discussion

*Sur l'inondation péritonéale.
A propos du traitement des hématoécèles
et grossesses extra-utérines.*

M. TUFFIER. — Je vous ai présenté ici même, il y a quatre ans (5 février 1896), une statistique de 34 cas de grossesses extra-utérines que j'avais opérées depuis 1889. A ce chiffre je puis ajouter aujourd'hui 22 nouveaux cas, que je classerai, comme alors, de la façon suivante :

- 1° Grossesses tubaires en évolution : 2 cas.
- 2° Grossesses extra-utérines rompues avec inondation péritonéale : 4 cas.
- 3° Grossesses extra-utérines rompues avec épanchement enkysté (hématoécèles) : 11 cas.
- 4° Grossesses extra-utérines rompues avec épanchement enkysté suppuré (hématoécèles suppurées) : 4 cas.
- 5° A ces 19 cas j'ajouterai encore 1 cas de grossesse extra-uté-